Omaggio dell' Autor

CONTRIBUTO

ALLA

ISTERECTOMIA VAGINALE

PEL DOTTORE

GIUSEPPE BERRUTI

AGGREGATO ALLA FACOLTÀ MEDICA DI TORINO

DOCENTE IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA

DIRETTORE TECNICO E CHIRURGO PRIMARIO DELL'OSPEDALE MARIA VITTORIA

SOCIO DELLA REGIA ACCADEMIA DI MEDICINA

TORINO

STAMPERIA REALE DELLA DITTA G. B. PARAVIA E C.

1894

CONTRIBUTO

ALLA

ISTERECTOMIA VAGINALE

PEL DOTTORE

GIUSEPPE BERRUTI

AGGREGATO ALLA FACOLTÀ MEDICA DI TORINO

DOCENTE IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA

DIRETTORE TECNICO E CHIRURGO PRIMARIO DELL'OSPEDALE MARIA VITTORIA

SOCIO DELLA REGIA ACCADEMIA DI MEDICINA

TORINO

STAMPERIA REALE DELLA DITTA G. B. PARAVIA E C.

1894

A

LORENZO BRUNO

ALL'OTTIMO MAESTRO

NEL SUO GIUBILEO DI LAUREA

QUESTO TRIBUTO MODESTISSIMO

DI STIMA E DI AFFETTO

IL DISCEPOLO E COLLEGA

OFFRE

X GIUGNO MDCCCXCIV.

Torino, 6 giugno 1894.

Chiarissimo Professore,

Discepolo riconoscente ed affezionato di Lei, mio ottimo Maestro, avrei preso parte molto volentieri alla cordialissima dimostrazione dei colleghi, amici e beneficati nella lieta occasione del di Lei giubileo di laurea. Ma, non ricordato dai promotori delle onoranze, non ho potuto anch'io effettuare il pensiero di renderle omaggio con un modesto lavoro da pubblicarsi nel Volume a Lei dedicato.

Tuttavia, esprimendo i più schietti auguri di ogni bene a Lei, che primo mi guidò nell'arduo sentiero della chirurgia e che ebbe per me e per i miei cari i migliori consigli, oso sperare voglia gradire l'offerta che per questa occasione solenne Le faccio, dedicando a Lei il mio

CONTRIBUTO ALLA ISTERECTOMIA VAGINALE

lavoro modestissimo, se non del tutto privo d'interesse per la scienza e per l'arte nazionale.

Mi duole che circostanze indipendenti dal mio volere ritardino di qualche giorno la pubblicazione, dopo che tutta Torino l'avrà meritamente onorata....., ma il ritardo, spero, non toglierà valore alle mie intenzioni come non scemeranno per ciò i sentimenti di alta stima, di gratitudine e di benevolenza che fortissimi oggi, come sempre, le manifesta il di Lei

Obb.mo discepolo
D.r Giuseppe Berruti.

Torino, 8 giugno 1894.

Mio carissimo,

Ti ringrazio con effusione della tua buona ed affettuosa lettera, e gradisco riconoscente la dedica del lavoro di cui mi parli, augurandomi che il mio povero nome gli porti fortuna. Come supporrai, del resto, io fui sempre al buio di tutte le amichevoli trame ordite, non oso dire contro di me, e anche in oggi e per caso non conosco che il Novaro, il Mo e il Devecchi come collaboratori del Volume scritto per la circostanza da' miei buoni ed antichi allievi, fra i quali sarei stato lietissimo di trovarti. Non ho mai dubitato un momento della tua affezione, e te la ricambiai sempre, come te la ricambio quest'oggi da buon papà.

Anco una volta grazie, grazie, grazie.

Tutto tuo aff.mo
L. Bruno.

I.

I MIEI PRIMI 40 CASI DI ISTERECTOMIA VAGINALE.

Per ordine cronologico i casi in cui mi decisi al grave atto operativo sono i seguenti:

I miei casi.

I. Sarcoma del corpo dell'utero, causa di gravi metrorragie.
II. Carcinoma del corpo dell'utero, causa di dolori continui ed emorragie infrenabili.
III. Carcinoma del corpo diffuso al collo dell'utero con profuse metrorragie.
IV. Epitelioma della cavità dell'utero diffuso alla cervice con emorragie periodiche.
V. Metrite cronica, pio-salpinge a sinistra e peri-salpingite adesiva a destra.
VI. Epitelioma del collo diffuso alla vagina con infiltrazione del legamento sacro-uterino destro.
VII. Carcinoma del corpo con metrorragie, dolori e deperimento generale.
VIII. Degenerazione fibro-miomatosa dell'utero e metrorragie gravi a periodi.
IX. Metrite iperplasica, retrodeviazione grave dell'utero e sofferenze da cinque anni.
X. Metrite antica, ovaro-salpingite a sinistra con estese aderenze.
XI. Epitelioma diffuso del collo causa di metrorragie, dolori e scoli fetidi.
XII. Degenerazione fibro-miomatosa dell'utero e salpingo-ovarite sinistra.
XIII. Epitelioma del collo dell'utero diffuso al fornice vaginale sinistro.

XIV. Epitelioma del collo con diffusione alla piega vaginale e parametrio sinistro.
XV. Fibro-mioma sottomucoso del corpo con inquietanti emorragie.
XVI. Adeno-carcinoma del corpo, causa di scoli sanguinolenti fetidi e dolori.
XVII. Fibromi interstiziali, salpingo-ovarite a sinistra ed aderenze peritoneali antiche a destra.
XVIII. Pio-salpinge a sinistra ed ovaro-salpingite vegetante a destra.
XIX. Fibroma interstiziale, metrorragie gravi ed anemia progressiva.
XX. Fibro-mioma voluminoso causa di metrorragia ed oligoemia grave.
XXI. Nevrosi riflessa gravissima a forma catalettica con anemia profonda.
XXII. Epitelioma del collo diffuso alla piega vaginale sinistra.
XXIII. Metrite cronica esulcerativa ed endometrite sospetta.
XXIV. Degenerazione cistica dell' ovaia destra e salpingite ectopica a sinistra.
XXV. Prolasso dell'utero di terzo grado con ulcerazioni del muso di tinca.
XXVI. Perisalpingite essudativa ed ematoma voluminoso dell'ovaio destro.
XXVII. Prolasso grave delle pareti vaginali con utero fuoriuscito ed estesamente esulcerato.
XXVIII. Metrite cronica del collo e prolasso delle pareti vaginali, causa di lunghe sofferenze.
XXIX. Metrite cronica, salpingite e perisalpingite sinistra. Nevrosi grave riflessa.
XXX. Salpingite doppia, essudati perisalpingei e metrite cronica.
XXXI. Adeno-carcinoma del corpo dell' utero. Grave cachessia.
XXXII. Fibro-mioma del corpo, emato-salpinge e cistoma ovarico.
XXXIII. Voluminoso fibroma della parete posteriore dell'utero e metrite esulcerativa del collo.
XXXIV. Ovarite suppurata destra e doppia salpingite.

XXXV. Retrodeviazione fissa dell'utero con metrite e peri-salpingite bilaterale.
XXXVI. Salpingite doppia e degenerazione microcistica delle ovaia.
XXXVII. Emato-pio-salpinge sinistra e doppia peri-salpingite.
XXXVIII. Salpingo-ovarite bilaterale e retrodeviazione fissa.
XXXIX. Salpingo-ovarite destra ed ematoma ovaio sinistro.
XL. Retroflessione fissa e metrite del collo. Salpingo ovarite sinistra con estese aderenze.

Natura ed importanza dei casi.

Nessuno può mettere in dubbio che tutti i casi, in cui ebbi ricorso alla isterectomia vaginale, per la loro natura ed importanza non richiedessero un atto operativo gravissimo onde sperare ed ottenere una stabile guarigione, qualunque via o processo venissero prescelti.

Le lesioni anatomiche constatate prima e dopo gli atti operativi, le condizioni generali delle ammalate, le lunghe e le gravi sofferenze prima di decidersi all' operazione, i pericoli trascorsi e la ferma convinzione in tutte di non sperare salvezza che da quest' ultimo e radicale tentativo, mi persuadono che la scelta dei casi non poteva essere nè più ponderata, nè più coscienziosa.

Malattie cancerose (12 casi).

Infatti, delle 40 operate, 11 appartengono a quella categoria di mali che a nessuno perdona, cioè ad epiteliomi del collo (6) più o meno diffusi e ben determinati, ed a sarcomi del corpo (5) confermati dall' esame istologico. Di tutte queste operate, nessuna soccombette, benchè taluna (osserv. IV) abbia dovuto subire l' estrazione a frammenti dell'utero ed altre (osserv. XIII) estese demolizioni del canale vaginale.

Finora una sola (n. VI) mi risulta sia decessa per recidiva un anno dopo. Due però (num. XI e XIII), le quali furono operate con poca speranza di salvezza perchè in cattive condizioni generali e con forti infiltrazioni vaginali, hanno già manifesti nodi recidivanti l' una sul moncone vaginale e l' altra sul parametrio sinistro. Di tutti i sarcomi dell'utero, finora nessuno mi risulta recidivante, anzi so che qualcuna delle sei operate da più di un anno gode di ottima salute. Pare provato che la infezione pei linfatici e pei nervi sia più pronta e più rapida quando la neofor-

mazione maligna ha preso la sua sede sul muso di tinca. V'hanno nella mia piccola serie dei casi in cui l'epitelioma fu colpito nel suo primo inizio, come il n. VI, quando cioè era ben limitato alle labbra del collo; fu operato prontamente, radicalmente, cadendo su tessuti evidentemente sani, e pure la recidiva fu più rapida e fatale in un periodo di tempo di molto inferiore ad altri casi operati in condizioni di gran lunga peggiori e tuttavia tuttora preservati da recidiva. Se non fossi certo di dire cosa non provata emetterei il sospetto che nella estesissima categoria dei cancri il germe specifico, il bacillo infettante possa essere molteplice e di natura diversa. Le ricerche anatomo-patologiche che ora si fanno con febbrile attività, daranno, speriamo, il loro responso per assicurare l'operatore in quali casi convenga, ed in quali no, di ricorrere alla demolizione parziale o totale dell'utero.

Nella categoria prima dei carcinomi abbiamo collocato uno di quei casi dubbi in cui l'esame istologico non ci dà ancora tutti i caratteri della vera degenerazione maligna, ma che pur trova elementi che direi transitori, di passaggio, fra l'adenoma e l'adeno-carcinoma. È questa l'osservazione XXXI che riguarda una gravissima lesione dell'utero accompagnata da metrorragia, scoli fetenti, dolori, dimagramento progressivo, tinta subitterica, inappetenza, accessi febbrili intermittenti, marasmo. In questo caso, per quanto l'operazione sia stata pronta e regolare, senza accidenti post-operativi, l'operata soccombeva in 12ª giornata per entero-colite.

Malattia degli annessi (8 casi).

Un altro gruppo importante di isterectomie vaginali, è quello che riguarda le malattie degli annessi. Sopra 8 casi di operate, di cui alcune in condizioni gravissime (V. osserv. XVIII, XXIX, XXX, XXXIV, XXXVII), si ebbero 7 guarigioni. Il decesso riguarda l'osserv. XXXVII per un fatto infettivo acutissimo, determinato dalla rottura dell'ematoma ovarico, avvenuta quando l'operazione era terminata ed eseguito il restringimento della breccia vaginale con punti laterali. Per quanto siasi cercato di fare una disinfezione accurata, non avendo potuto esportare l'ovaia aderentissima, la presenza del pus nell'ematoma di antica data, ha provocato la infezione che rapidamente causava l'entero-peritonite diffusa adesiva che fu causa immediata della morte. È questo il solo caso dei quaranta in cui la causa determi-

nante dell' insuccesso debba attribuirsi alla infezione per l'atto operativo. E, caso strano, un' altra operata (osservazione XXXIX), quasi nelle identiche condizioni, avendo risparmiato a bella posta la rottura dell' ematoma durante l'atto operativo, ebbe un decorso dei più normali.

Fibromiomi (6 casi).

Nel gruppo dei tumori fibrosi e fibro-miomatosi che comprende 6 casi, il risultato non poteva essere migliore; tutte sei le operate guarirono bene e si conservano in ottime condizioni di salute, benchè in alcune (V. osserv. XX, XXXII, XXXIII) abbiansi incontrate difficoltà non indifferenti per isolare ed estrarre i tumori. Certamente il frazionamento in questi casi avrebbe semplificato ed affrettato l'ultimo momento dell' atto operativo. Ma l' estrazione del tumore intiero, quando è possibile, porge maggior soddisfazione e permette un più esatto studio macroscopico del medesimo.

Malattie croniche dell'utero (7 casi).

Dei 7 casi di malattie antiche dell'utero, quasi sempre complicate da lesioni degli annessi (atrofia della ovaia, parametrite atrofizzante del Freund, salpingiti, ovariti, chiusura ed aderenza delle trombe, cisti ematiche, essudati più o meno estesi, aderenze ed infiltrazioni dei legamenti, ecc.), sarebbero tutte guarite dell' atto operativo se una per imprudenze dietetiche, favorite dalle condizioni speciali della stagione e delle affezioni intestinali di natura infettiva dominanti, non fosse deceduta in dodicesima giornata. In questa categoria di lesioni l'isterectomia va spesso incontro ad una incognita che pone l'operatore in serio imbarazzo. Le aderenze sono talvolta così estese, le fusioni dell'utero coi tessuti che lo circondano sono così intime da lasciar dubbio di poter riuscire. In questi casi è giuocoforza accontentarsi della isterectomia e sovente premunirsi dalle gravi emorragie colla forcipressione, riuscendo inutili le allacciature, che lasciano facilmente la presa tagliando i tessuti friabili ed infiltrati che circondano e fissano l'utero in modo straordinario. Per fortuna in tutti i miei casi sono riescito a frenare l' emorragia durante l' operazione ed in nessuno si ebbe perdita di sangue secondaria. In tutti i casi in cui fu possibile, l'esportazione degli annessi sani od ammalati seguì l'isterectomia.

Prolasso di terzo grado (5 casi).

In questi casi l'operazione si presenta nelle migliori condizioni per ottenere il successo. Nessuna lesione degli annessi,

nessun reliquato di malattia infiammatoria del peritoneo, dei legamenti, del tessuto cellulare della piccola pelvi. La isterectomia procede spedita e fatta, a seconda dei casi, a spese di una o di entrambe le pareti vaginali, dà la quasi sicurezza di una guarigione permanente del prolasso. In questi casi in cui tutti i tessuti sono sani e sarebbe facile ed indicata la chiusura totale della breccia, ritengo miglior partito ottenere la cicatrice per seconda intenzione, perchè in questo modo si riesce meglio a costituire una volta vaginale resistente per le aderenze che contrae col peritoneo e colle anse intestinali. Un solo momento operativo che richiede oculatezza e pazienza riguarda la dissezione del collo dell' utero dalla vescica per evitare la facile lesione di questo serbatoio quasi sempre trascinato molto in basso dall'allungamento ipertrofico del collo e dal prolasso delle pareti vaginali.

E qui, più ancora che nei casi precedenti, ritengo razionalissima ed indicata la pratica da me raccomandata di cominciare l'atto operativo dalla dissezione del setto vescico-uterino per procedere poi celeremente alle legature laterali, all'apertura del Douglas ed alla estrazione dell'utero ed annessi. Cinque casi sono pochi per poter dare un giudizio postumo sulla guarigione radicale del prolasso, ma uniti a quelli del mio collega L. Bergesio, hanno pure un valore contro la convinzione espressa dal Leopold ed altri valentissimi operatori sulla isterectomia vaginale nei prolassi di terzo grado; tutte cinque le operate guarirono bene e finora nessuna si è presentata con recidiva del prolasso vaginale. La degenza per queste operate deve essere però molto più lunga, e non devesi permettere di lasciare il letto e di camminare finchè la cicatrice della breccia non sia completa e solida

Nevropatie gravi (2 casi).

L'esperienza in questo campo è troppo recente e limitata per poter pronunciare un giudizio assennato. Se, dal risultato però de' miei due casi e dei pochi che ho raccolto nella statistica italiana, si volesse esprimere un parere, parmi di non andare errato consigliando l'isterectomia in tutti quei casi in cui è seriamente raccomandata l'operazione del Battey-Hegar ed in tutti quelli in cui si ha ragione di credere che le lunghe sofferenze nervose siano collegate ad una lesione dell'utero e degli annessi. Una

delle mie osservazioni (n. XXI) che riguarda un caso gravissimo di catalessi e lipemania per il risultato finora ottenuto dalla isterectomia vaginale, incoraggierebbe chiunque a ritentare la prova in simili circostanze.

Come procedo nella operazione.

In regola generale io ho adottato il seguente metodo operativo. Preparata la donna come per la laparotomia addominale, e disposta sul margine di un tavolo col bacino bene sollevato, fisso il collo dell'utero con una o due robuste pinze Museux; abbasso il collo dell'utero moderatamente facendo mantenere bene dilatate le labbra della vulva da due aiuti. Incido circolarmente la mucosa del collo a pochi centimetri dall'orifizio; rasentando rigorosamente la parete anteriore del collo col bisturì, colle forbici e colle dita, separo le connessioni dell'utero colla vescica ed apro od allontano, a seconda dei casi, la piega peritoneale anteriore; quindi procedo gradatamente al distacco dei fasci connettivali e legamentosi laterali con ripetuti colpi di forbici e varie allacciature in seta; apro posteriormente la piega del Douglas e porto coi Deschamps una doppia e robusta legatura per ogni lato che comprenda possibilmente tutto lo spessore dei legamenti larghi, che poi recido rasentando i margini dell'utero; lego e recido i legamenti sacro-uterini ed esporto l'utero e gli annessi in massa o separatamente, a seconda che questi ultimi si trovano liberi od aderenti. Faccio la toeletta peritoneale lasciando un drenaggio profondo di garza al jodoformio per procedere alla sutura multipla di tutto il bordo vaginale col peritoneo; fisso lateralmente i monconi e restringo la breccia lasciando spazio sufficiente per applicare il drenaggio definitivo. Svotata la vescica si completa la medicazione con un bendaggio occlusivo sui genitali esterni di ovatta al sublimato.

Questo metodo, che riesce spedito nella maggioranza dei casi, subisce necessariamente delle modificazioni in tutti quei casi speciali in cui o per il volume dell'utero, per l'estensione delle neoplasie o per le profonde alterazioni degli annessi, è duopo ovviare ai pericoli della emorragia, alle difficoltà per liberare le salpingi e le ovaia, alla necessità di portare nuove legature per estese aderenze periuterine o viscerali. È in questi casi speciali che la forcipressione temporaria o permanente può imporsi, con o senza il tamponamento, per frenare delle emorragie che hanno la

loro sorgente in punti in cui non è possibile portare delle legature.

Complicanze e successioni post operative.

Con questo procedimento, adottato nei 40 casi da me operati, non ebbi mai a deplorare accidenti incresciosi durante e dopo l'operazione. La vescica non fu mai lesa, gli ureteri non furono mai compresi nelle legature, gli intestini sempre preservati da compressioni e perforazioni; non avvennero mai emorragie pericolose nel corso dell'operazione e neanche secondarie; mai prolassi viscerali nè lesioni del retto. E questi risultati fortunati ritengo in buona parte dovuti alla pratica di sezionare prima e col massimo riguardo la vescica dall'utero e dall'aver fatto, in pochissimi casi, uso delle pinze emostatiche a permanenza.

Esito definitivo.

Per cui l'esito definitivo, anche per le prime operazioni inseparabili da non lievi preoccupazioni morali, non poteva essere per me migliore. E parmi di avere ragione nel ritenermi soddisfatto.

Certo a questi risultati hanno non poco contribuito i miei colleghi, che mi coadiuvarono efficacemente prima, durante e dopo le operazioni. Per cui mi è caro di esprimere loro in questo modesto lavoro tutta la mia gratitudine e riconoscenza. All'egregio amico e collega Primario dell'Ospedale, dottor Libero Bergesio, agli studiosi aiuti interni ed esterni, dottori Albertoletti, M. Motta, Pinna-Pintor e Regoliosi, ai colleghi ed allievi che sovente assistettero e prestarono l'opera loro nella cloronarcosi e negli atti operativi, porgo i miei sinceri e cordiali ringraziamenti.

Decorso dopo l'operazione.

Tacio sul decorso delle operate, poichè il riassunto delle osservazioni che fanno seguito, raccolte dal mio attuale assistente, dottor Regoliosi, istruisce il lettore dell'andamento, del metodo di cura, delle successioni morbose e del risultato ultimo.

Esami istologici ed anatomo-patologici.

Gli esami istologici e le riflessioni anatomo-patologiche, che fanno seguito alla maggior parte dei casi e che sono il frutto di pazienti indagini del nostro aiuto esterno, dottor Pinna-Pintor, confermano la natura dei neoplasmi, e danno alla diagnosi clinica il maggiore e più soddisfacente contributo di esattezza e di opportunità degli atti operativi.

Casistica delle Isterectomie Vaginali

(Sezione BERRUTI).

1. **Gallo Vittoria**, d'anni 49, di Verduno (Bra-Cuneo), entra nell'ospedale il 3 del mese di luglio 1892, inviata dal dott. F. Adriano, medico curante ed affetta di *sarcoma del corpo dell'utero.*

Gentilizio immune. Primi mestrui a 18 anni, quindi sempre regolari per ritorno e quantità. Sette parti a termine, eutocici, seguiti da puerperii fisiologici. Menopausa a 45 anni. Da circa 10 mesi dolori al basso ventre.

Il 9 luglio praticasi l'isterectomia vaginale sotto narcosi (morfina e cloroformio), incontrando notevole difficoltà pel volume dell'utero. Come materiale di sutura viene esclusivamente adoperata la *seta.* Fissazione della mucosa vaginale al margine peritoneale. Decorso affatto apirettico. Esce guarita il 12 agosto.

Esame microscopico. — Le numerose sezioni perpendicolari e parallele alla superficie mucosa, praticate sull'organo esportato, fanno rilevare un'infiltrazione maligna sarcomatosa a cellule fusiformi che ha invaso in parecchi tratti lo strato muscolare sottomucoso. Non si riconosce più la struttura normale della mucosa, nè si riesce a constatare la presenza di ghiandole. Scarsissimo lo stroma connettivo tra le cellule sarcomatose.

2. **Sperone Lodovica**, d'anni 33, di Canale d'Alba, affetta di *carcinoma uterino del corpo.* Inviata dai dottori Chiesa e Gabbio medici curanti.

Mestruata regolarmente dai 12 anni. Maritata a 20. Quattro parti a termine, l'ultimo dei quali tre anni fa. Pare abbia sofferto, due anni or sono, di idropeascite risoltasi spontaneamente dopo quattro mesi. Dopo l'ultimo parto fu amenorroica per due anni e mezzo; quindi metrorragie ad intervalli disuguali fino al presente. Soffre pure di dolori sacro-lombari, di leucorrea e di tenesmo vescicale.

Operata di *isterectomia vaginale* il 15 novembre 1892, in seguito al reperto microscopico di frammenti esportati dal cavo uterino con raschiamento il 2 novembre. Apertura prima del fornice vaginale po-

steriore. Suture e legature in seta; fissazione del margine peritoneale alla mucosa vaginale. Drenaggio con garza al jodoformio. Decorso apirettico. Uscì guarita nei primi di dicembre.

Esame microscopico. — In mezzo ad un tessuto connettivo scarso ed infiltrato di cellule rotonde, si notano numerosi zaffi epiteliali pieni con cellule atipiche, di cui alcuni ricordano lontanamente la loro origine ghiandolare. Tali proliferazioni epiteliali si estendono assai in profondità e raggiungono lo strato muscolare sottomucoso che in alcuni punti è rimasto aderente ai frammenti esportati col cucchiaio. La forma delle cellule, l'irregolarità degli zaffi e l'invasione dello stroma circostante non lasciano alcun dubbio trattarsi di carcinoma ghiandolare.

3. **Podio Teresa** ved. **Musso,** di anni 45, di Pinerolo, inviata dal dott. Morra di Torino. Operata due anni fa di raschiamento per endometrite fungosa sospetta. Dopo un benessere di circa un anno insorsero metrorragie, leucorrea, dolori al bassoventre. Anemia grave (50 all'emoglobimetro del Fleisch).

Metrite iperplasica con degenerazione fibrosa. — Praticasi il 25 febbraio 1893 l'isterectomia vaginale sotto narcosi (morfina e cloroformio), e malgrado il ragguardevole volume dell'utero, l'atto operativo procede spedito e senza incidenti. Non viene fatta alcuna allacciatura preventiva ai fornici, e l'emostasi definitiva è fatta con filo di seta. Il capitombolo dell'utero è fatto dalla breccia anteriore ed agevolato da leggiera trazione. La tromba e l'ovario sinistro vengono esportati unitamente all'utero. Il drenaggio è fatto con garza al jodoformio.

Decorso apirettico. L'ammalata lascia il letto in 20ª giornata, e l'ospedale il 1° aprile 1893 perfettamente guarita.

4. **Longarello Flora,** d'anni 62, di Vogogna (Novara), entra il 24 marzo 1893 per *carcinoma del corpo uterino.* Ebbe 2 parti a termine ed eutocici. Menopausa a 50 anni. Da circa due anni stillicidio sanguigno con leggieri dolori di ventre; in questi ultimi tempi metrorragie gravi. Operata di *isterectomia vaginale* il 30 marzo sotto narcosi (morfina e cloroformio). Il distacco della parete vescicale riesce penoso in causa della piccolezza e della friabilità del tessuto della cervice. Mentre si cerca di penetrare col dito sotto il peritoneo dello sfondato vescicouterino, il collo si stacca completamente, per cui aumenta notevolmente la difficoltà di afferrare il tessuto uterino. L'emorragia è frenata con lunghe pinze a forcipressura e con lacci di seta.

Aperto il cavo del Douglas a grande stento si uncina colle dita la massa frastagliata ed informe nella quale è ridotto l'utero e si fa capitombolare. Non potendo con lacci, per la friabilità dei tessuti, frenare l'emorragia, si applicano due pinze Mac Clintoch sui bordi liberi della mucosa vaginale e tre pinze lunghe emostatiche sui legamenti larghi.

Vengono esse tolte dopo 48 ore, senza il più piccolo accenno ad emorragia.

Il decorso è apirettico, le escare dei tessuti necrosati dalle pinze cadono nei primi 10 giorni, e l'ammalata lascia l'ospedale il 22 aprile guarita.

5. **Frescotti Lucia**, d'anni 27, di Fontanetto Po, entrata il 24 marzo 1893, affetta da *parametrite* antica, *pio-salpinge* sinistra e *peri-salpingite* adesiva a destra.

Maritata a 21 anni, ebbe due parti a termine e normali, l'ultimo dei quali 7 mesi or sono. Pare che nel puerperio abbia avuto forti rialzi febbrili contemporaneamente a dolori insistenti al quadrante inferiore sinistro del ventre.

I mestrui ricomparvero da due mesi regolari.

L'atto operativo, eseguito il 1º aprile, procede senza notevoli incidenti; ma la massa di essudati nello spessore del legamento largo di sinistra è sì aderente da non permettere alcun abbassamento dell'organo. Per cui si applica una grossa pinza emostatica del Doléris e lungo di essa si recide tutto il tessuto di neoformazione. A destra con facilità si esportano e tromba ed ovario. Fatta rigorosa emostasi si applica un grosso drenaggio di garza al jodoformio.

Verso sera compare emorragia importante, per cui, rimossa la medicazione, si afferra con pinze emostatiche il lembo posteriore della breccia vaginale e si tampona energicamente. La perdita di sangue cessa, ma la donna è in preda a sintomi allarmanti di anemia acuta che consigliano iniezioni ed enteroclismi di soluzione indifferente di cloruro di sodio. L'ammalata si rimette in pochi giorni ed esce guarita il 25 aprile 1893.

6. **S.** signora **Elisabetta**, d'anni 49, di Torino. Entra il 30 maggio 1893, affetta di *epitelioma del collo dell'utero* diffuso alla vagina con infiltrazione dei legamenti sacro-uterini a destra.

Mestruata la prima volta ad 11 anni, lo fu poi sempre regolarmente per ritorno, durata e quantità.

Maritata a 15 anni ebbe quattro parti a termine e normali, e per ultimo un aborto spontaneo trimestre, 16 anni fa, dopo il quale sofferse di endometrite fungosa, curata e guarita con medicazioni uterine. Da qualche mese dolori lombari e menorragie.

Operata il 3 giugno di isterectomia vaginale. Riuscendo difficile, per l'infiltrazione al legamento di sinistra, portare le allacciature, e temendo emorragia si stima prudente applicare e lasciare in sito per 24 ore due robuste pinze emostatiche Berruti.

Il decorso fu affatto apirettico e l'ammalata lasciava l'ospedale l'8 luglio completamente ristabilita.

Neoplasia cervicale. — In uno stroma connettivo, ricco di cellule rotonde, v'hanno numerosi alveoli ripieni di cellule epiteliali polimorfe. È difficile stabilire esattamente l'origine di detti nidi epiteliali, ma trovandosi vicine agli alveoli ripieni di cellule, alcune sezioni di tubuli glandolari con uno strato unico di cellule o con lieve accenno a proliferazione epiteliale, si può ritenere che la neoproduzione cancerigna sia partita dalle glandole, si tratti cioè di un adenocarcinoma.

Mucosa del corpo. — Alterazioni solite dell'endometrite glandolare. Nessuna atipicità degli epitelii che lasci sospetto di invasione cancerigna.

7. P. signorina **Teresa**, d'anni 40, nubile, di Mondovì. Entra nell'ospedale Maria Vittoria il 31 maggio 1893 per *carcinoma del corpo dell'utero*. Operata un anno fa di raschiamento per menorragie, le sofferenze e le perdite non l'hanno più lasciata. Nullipara con vagina ristrettissima. Operata il 6 giugno con non lievi difficoltà, volendo conservare integra la vagina ed essendo notevole lo sviluppo del corpo. Ebbe decorso fra i migliori ed un mese dopo, il 6 luglio, lascia l'istituto del tutto guarita. Esaminata il 31 maggio 1894, un anno dopo, benchè abbia sofferto grave pleuro-polmonite poco tempo dopo l'operazione, non ha segno di riproduzione.

8. **Rivotti Giuseppa**, di Viù, d'anni 38. Entra nell'ospedale il 18 giugno 1893 per *degenerazione fibro-miomatosa dell'utero*, causa di frequenti metrorragie e dolori da più di un anno.

Inviata dal dottor Durando. Ebbe sette parti a termine e normali, l'ultimo dei quali sette anni fa. Da circa due anni soffre di dolori al basso ventre, menorragie e leucorrea.

Operata il 26 giugno, l'esportazione dell'utero riesce difficile e laboriosa pel notevole suo volume. Ai legamenti laterali si portano robusti lacci in seta, ma non avendosi emostasi assoluta, si appongono due robuste pinze emostatiche che si lasciano in sito 48 ore.

Il decorso post-operativo è regolare, apirettico, e l'ammalata lascia l'ospedale il 17 luglio pienamente guarita.

9. **Fusero Domenica**, d'anni 45, di Murello, entrata nell'ospedale il 27 giugno 1893, veniva operata il 3 luglio d'istero-salpingo-ovariectomia per *metrite-cronica* e *retroflessione grave*, causa di dolori lombo-sacrali, coccidinia e coprostasi ostinata da oltre cinque anni. Ebbe decorso regolarissimo nella prima settimana dopo l'atto operativo. Per disordini dietetici in momenti in cui serpeggiava in città una forma epidemica di enteriti infettive, la operata soccombeva in 12ª giornata con tutti i sintomi di una enterite infettiva complicata da elmintiasi. L'esame anatomico conferma la lesione intestinale, mentre le condizioni della breccia vaginale, degli ureteri, della vescica sono normali.

10. **Perona Giovanna**, d'anni 25, di Torino, ammessa nell'ospedale il 19 giugno 1893 per *metrite cronica* e *grave salpingovarite bilaterale*.

Operata l'anno precedente di raschiamento uterino per menorragie, ma con poco risultato.

Lamenta gravi dolori lombo-addominali, leucorrea, impossibilità a qualunque fatica.

Viene operata il 4 luglio di istero-salpingovariectomia vaginale sotto narcosi di morfina e cloroformio.

L'utero a sinistra è molto fisso per essudati antichi, e l'esportazione degli annessi riesce difficilissima e laboriosa. Il drenaggio viene pra-

ticato con garza al jodoformio; il decorso post-operativo è apirettico; l'ammalata guarisce rapidamente e lascia l'ospedale il 30 dello stesso mese.

Dopo diversi mesi si ripresenta all'ospedale a confermare il suo ottimo stato di salute.

11. **Reynaud Giovanna**, d'anni 37, di Torino, affetta di *epitelioma diffuso del collo uterino*, entra il 18 luglio 1893.

Ebbe otto parti a termine e normali, ed uno prematuro sei anni fa. Dopo quest'ultimo parto notò perdite leucorroiche, le quali, inodore dapprima, si fecero poi fetenti. Non ebbe mai a notare nè metrorragie, nè dolori di sorta.

Operata il 22 luglio sotto narcosi di morfina e cloroformio, di *isterosalpingovariectomia vaginale.*

L'utero non essendo molto voluminoso, l'atto operativo procede spedito e senza il più piccolo inconveniente.

Il decorso post-operativo è apirettico e senza il minimo disturbo dal lato delle funzioni intestinali e vescicali, per cui esce il 18 agosto pienamente guarita.

Ulteriori notizie confermano lo stato ottimo di salute della operata.

12. **Gedda Lucia**, d'anni 36, di Bairo Canavese, sofferente da molti anni per lesione degli annessi a sinistra, entra nell'ospedale l'11 settembre 1893 per *degenerazione fibro-miomatosa dell'utero* e *salpingo-ovarite sinistra.* Operata il 21 stesso mese colla isterectomia vaginale e salpingo-ovariectomia bilaterale, si ristabilisce prontamente dall'atto operativo, benchè persistano disturbi nervosi riflessi e lascia l'ospedale guarita.

L'esame delle parti esportate fa riconoscere essenzialmente un'endometrite cronica con enorme ispessimento della mucosa (1 cm. e più), in preda a notevole iperplasia ghiandolare. La salpinge sinistra presenta le lesioni caratteristiche della salpingite catarrale.

13. **L.** signora **Clemenza**, d'anni 49, di S. Remo, entra nell'ospedale il 12 ottobre 1893, affetta di *epitelioma del collo dell'utero* diffuso al fornice vaginale sinistro e posteriore ed al parametrio sinistro. Operata il 16 ottobre d'isterectomia vaginale, lascia il letto in 20ª giornata completamente guarita. Avendo esportata buona parte del tessuto vaginale a sinistra, fu necessario un tempo più lungo alla cicatrizzazione dei tessuti neoformati. L'esame microscopico ha confermato trattarsi di epitelioma ghiandolare del collo con diffusione al margine sinistro dell'utero. Lascia l'ospedale il 17 novembre in ottime condizioni, senza alcun disturbo delle funzioni vescicali e rettali. Esaminata sul fine del maggio p. p. si incontrano nodi duri al parametrio sinistro e vegetazioni *mali moris* nella cicatrice vaginale a sinistra.

14. **Lace Marietta**, d'anni 45, di Ciavose (Biella), inviata dal dottor Margary d'Andorno, è ammessa nella mia sezione pensionanti il 16 ot-

tobre per *epitelioma dell'utero diffuso alla vagina* e *parametrio sinistro*. Operata il 20 ottobre d'istero-salpingo-ovariectomia vaginale, non ostante le difficoltà nella dissezione del setto vescico-vaginale a sinistra e per la escisione del contorno vaginale, si rimette prontamente in stato di completa apiressia e senza disturbi vescico-renali. L'esame istologico del pezzo anatomico ci assicura trattarsi di un carcinoma midollare della porzione vaginale del collo diffuso sino all'istmo. Inoltre si trova un nodo fibroso sottosieroso, grosso come una noce, sulla cupola dell'utero, una pio-salpinge destra ed una degenerazione cistica dell'ovaio.

Neoplasia cervicale. — In sezioni praticate sulla parte ulcerata e proliferante della *porzio vaginalis* si riscontra alla superficie, cioè al posto del normale epitelio pavimentoso, uno strato di epitelii degenerati in ammassi granulosi, misti a sangue, poco colorati dall'ematossilina; più profondamente una proliferazione esuberante di epitelii, cubici, poliedrici, atipici che invadono tutto lo stroma mucoso e si affondano nella muscolare.

Non si ha più accenno a presenza di ghiandole, e il connettivo, scarsissimo, è riccamente infiltrato di piccole cellule rotonde.

Mucosa del corpo. — Si presenta in preda ad endometrite ghiandolare. L'epitelio di rivestimento è solo in qualche breve tratto conservato, e il connettivo proliferante, con infiltrazione di cellule embrionali, forma tante rilevatezze a guisa di tessuto di granulazione. Le ghiandole numerose, allungate e flessuose, raggiungono coi loro fondi ciechi e sorpassano in alcuni punti il limite della mucosa affondandosi nella muscolare. Il loro epitelio in degenerazione mucosa non invade lo stroma, essendo da questo ben limitate le pareti delle ghiandole da cellule connettive appiattite.

Tuba s. — Pareti molto ispessite, specie nello strato di fibre muscolari longitudinali, con vasi notevolmente dilatati. Distruzione completa dell'epitelio della mucosa, e in sua vece proliferazione di tessuto embrionario.

15. **M.** signora **Angiolina**, d'anni 31, di Torino, affetta di *fibromioma uterino sottomucoso*, causa di gravi emorragie e contro cui era riuscita di poco vantaggio la cura Apostoli, entra nella sezione pensionanti il 16 ottobre 1893, inviata dal dott. Margary di Andorno. Il 21 successivo è da me operata d'istero-salpingo-ovariectomia vaginale e con pieno risultato ed apiressia completa, si ristabilisce perfettamente dell'atto operativo. L'esame anatomico fa riconoscere la presenza di un fibromioma sottomucoso della grossezza di una mela, impiantato con larga base ed interessante tutto il parenchima del fondo dell'utero. Le salpingi ingrossate, le ovaie sane.

Ora gode ottima salute.

16. **Abbà Caterina**, d'anni 53, da Valperga, per *epitelioma del collo dell'utero*, entra all'ospedale il 21 ottobre 1893. Operata di isterectomia vaginale il 27 dello stesso mese, guariva prontamente del-

l'atto operativo con piena apiressia e senza conseguenze. In ventesima giornata mentre aveva lasciato il letto insorse un'adenopatia dei ganglii inguino-crurali destri, che fu causa di linfangioite diffusa a tutto l'arto, con decorso lento e doloroso, per cui non ha potuto lasciare l'ospedale prima della metà di dicembre non del tutto ristabilita. L'esame istologico del pezzo esportato ha confermata la diagnosi di adeno-carcinoma del collo limitato all'istmo.

17. **P.** signora **Clotilde**, d'anni 40, di Agnona, residente a Torino. Entra nella mia sezione il 16 novembre 1893 per *fibromi interstiziali* e *multipli* dell'utero, *salpingo-ovarite sinistra* ed aderenze peritoneali degli annessi da ambedue le parti. Sofferente da più di sei anni per endometrite da principio, menorragie e salpingo-ovarite più tardi ed infine da metrorragie inquietanti con disordini nervosi riflessi cerebro-spinali, ebbe ad intermittenze remissioni nelle sofferenze colle ripetute medicazioni endouterine, coi raschiamenti, colle iniezioni jodiche, coi tamponamenti periodici, ecc. Ultimamente soffrì di peritonite localizzata al parametrio destro con gravi sofferenze che la decisero all'atto operativo radicale. Questo fu eseguito il 20 novembre. Il distacco dell'utero e degli annessi dalle aderenze fitte (di cui una robusta con le anse intestinali ed un'altra della tromba sinistra col peritoneo) fu paziente ed indaginoso senza poter frenare del tutto l'emorragia a nappo colle legature. Le mie pinze, quelle di Péan e Mac Clintoch ed il tampone di garza al jodoformio fecero cessare del tutto lo scolo sanguigno. Il decorso post-operativo fu completamente apirettico; venti giorni dopo lasciava il letto ed un mese dopo l'ospedale in stato di benessere generale.

18. **Sprone Felicita**, d'anni 26, di Torino, é ammessa all'ospedale il 5 ottobre 1893, in corso di para e perimetrite acuta, conseguenza probabile di salpingo-ovarite bilaterale. Dopo la cura di circa due mesi col riposo assoluto, col ghiaccio in permanenza, coi bagni, colle medicazioni antisettiche, ecc., per vincere la febbre ed il fatto acuto, venne operata di istero-salpingo-ovariectomia bilaterale per *vaginam*. Apiressia completa dopo l'operazione, lascia il letto in ventesima giornata e l'ospedale poco tempo dopo. L'atto operativo fu eseguito il 29 novembre. L'esame istologico fa rilevare nell'utero leggiera endometrite catarrale ed alterazioni gravi delle salpingi e delle ovaia con *pio-salpinge a sinistra* e *salpingite vegetante a destra.*

19. **Castadone Lucia**, d'anni 44, da Pinerolo, entra nell'ospedale il 25 novembre 1893 per *fibroma interstiziale* del corno sinistro dell'utero, causa di metrorragie gravi e di gravissima anemia. Il 30 stesso mese è operata di isterectomia vaginale. L'ovaio sinistro, esportato cogli annessi di destra, era in degenerazione microcistica. Decorso regolare, apiressia completa, ed un mese dopo lasciando l'ospedale aveva già ripreso in parte l'aspetto florido e l'anemia era di molto migliorata.

L'esame microscopico conferma il fibro-mioma grosso come un arancio nel corno sinistro sporgente nella cavità, con mucosa notevolmente ispessita, arrossata, disseminata di chiazze emorragiche. Nella mucosa della restante porzione di parete uterina, si ha solo ipertrofia senza iperplasia delle ghiandole.

20. **Giovo Teresa**, d'anni 32, d'Agliano d'Asti, entra nella sezione il 29 novembre 1893 per *fibroma uterino interstiziale voluminoso*, causa di metrorragie gravi, infrenabili ed oligoemia avanzata. Malgrado il notevole volume e le grandi difficoltà volli eseguire l'isterectomia per *vaginam* tenuto conto dei risultati ottenuti. L'operazione fu eseguita il 4 dicembre ed incontrò serii ostacoli all'estrazione del tumore. Ciò che non causò tuttavia disordini consecutivi. Il decorso post-operativo fu dei più normali e la donna guarì prontamente del grave trauma lasciando la clinica un mese dopo in ottime condizioni di salute.

21. **T. Dora**, d'anni 28, di Torino, sofferente fin da bambina di grave oligoemia, fu mestruata a 21 anni, epoca in cui, per violenta emozione, fu colpita da grave nevrosi con fenomeni predominanti di paura. Isolata e sottoposta per otto mesi a cure varie ed immobilizzata per tendenze suicide, ottenne un sollievo per due mesi, dopo cui fu ritirata in un istituto e curata invano colle iniezioni di morfina. Ritornata in famiglia, sottoposta ad impacchi, doccie, alla cura idro-elettrica, ecc., senza vantaggi, tentò il suicidio ancora col laudano, coll'arsenico e cogli spilli infitti alla regione del cuore. Si ricorse alla suggestione ipnotica, fu consigliata a lunghi viaggi e si recò in America dove migliorò. Rimpatriata si trovò bene in salute per due anni, ma ricadde dopo nel suo stato d'ipocondria. Sofferente di emorroidi fu operata all'ospedale Mauriziano senza ottenere sollievo nelle turbe nervose. Passò alla sezione medica dove fu curata coll'idroterapia, elettricità, ipnotismo per vincere la ripugnanza al cibo. Rientrò al frenocomio e ne uscì migliorata per un anno. Ricadde ed ebbe cura di bagni prolungati a Moncalieri e medicazioni uterine per sette mesi al manicomio dopo le quali si trovò bene per più di un anno. Dal novembre p. p. ricadde nel suo male; fu ammessa al *sanatorium* e curata di grave anemia cerebro-spinale ed infine ricoverò all'ospedale Maria Vittoria tormentata da gravissimi e continui dolori al capo, da insonnia completa e da lunghi e *gravi accessi di forma catalettica*, sempre preceduti da vive sofferenze alla nuca ed alla regione ovarica.

L'esame dei visceri e delle funzioni renali escludono lesioni materiali. Dopo una lunga cura diretta all'utero, ed inutile, le fu proposta l'isterectomia, che accolse come ambita speranza di morire. Il 6 gennaio, tolte le difficoltà materiali dovute alla vagina integra, l'atto operativo fu spedito e nulla venne a disturbare la pronta guarigione, benchè in un accesso catalettico (che fu l'ultimo) nel terzo giorno dopo l'operazione riuscì a respingere l'assistenza continua e scendere dal letto; dieci giorni dopo era guarita dell'atto operativo. Non ebbe più

accessi, soffre ancora di rialzi, repentini e brevi, di temperatura (40°-41°) come prima dell'operazione ed insonnia ostinata che cede prontamente colla suggestione ipnotica. Lo stato generale è molto migliorato, il morale rialzato, la ripugnanza al cibo vinta, le iniezioni di ferro ben tollerate. Sarà duratura questa guarigione?

22. **Lisa Giuseppina**, d'anni 39, di Nizza, entra all'ospedale il 1° gennaio 1894 per *epitelioma del collo* diffuso alla vagina a sinistra. Ebbe dieci parti a termine e da dieci mesi soffre metrorragie e scoli fetenti. Il giorno 8 gennaio fu operata senza incontrare difficoltà, tolta quella di fissare il collo per la sua friabilità. L'utero e gli annessi furono esportati fissando, come al solito, i monconi ai margini laterali della vagina, lasciando spazio sufficiente per il drenaggio. Il decorso fu dei migliori e la guarigione pronta. Finora nulla venne a disturbare la cicatrice e tutte le funzioni si mantengono normali.

Neoplasia cervicale. — Struttura tipica del cancro alveolare a cellule poliedriche. Lo scarso connettivo, che fa da stroma ai zaffi e agli alveoli epiteliali, è infiltrato di piccole cellule rotonde. Qualche rara ghiandola conserva la sua primitiva struttura, ma presenta l'epitelio in via di atipica ed esuberante proliferazione. Lo strato muscolare sottomucoso si mostra profondamente invaso dalla neoformazione maligna.

Mucosa del corpo. — Notevolmente ispessita, presenta una forte iperplasia delle ghiandole, che sono allungate, tortuose *(en tire-bouchon)* e presentano numerose inflessioni delle loro pareti, in guisa che le loro sezioni trasversali appaiono dentellate, irregolari. Alcuni fondi ciechi si riscontrano profondamente in seno al tessuto muscolare, ma circondati da una sottile zona di connettivo infiltrato di piccole cellule rotonde.

Tube. — Eccettuato un ispessimento notevole delle tonache vasali, specie verso la superficie sierosa, non si rileva nulla di anormale.

Ovaia. — Iperplasia connettivale sclerosante nella zona parenchimatosa. Dilatazione delle vene e ipertrofia della tonaca delle piccole arterie. Numerose sezioni di corpi lutei in vario stadio.

23. **Farinasso Domenica**, d'anni 44, di Magliano d'Asti, entra il 1° gennaio 1894 all'ospedale per *metrite cronica ed endometrite sospetta.* Ebbe sei parti normali. Dall'agosto soffre dolori, metrorragie, leucorrea. L'utero misura 0,90. Il 9 gennaio è operata d'istero-salpingo-ovariectomia vaginale. Il decorso post-operativo non può essere migliore. Apiressia completa. Al quindicesimo giorno lascia il letto colla breccia del tutto chiusa ed in condizioni ottime di salute. Nessun disturbo nelle funzioni uropoietiche.

L'esame istologico conferma il sospetto di degenerazione *mali moris* senza poterla accertare in modo assoluto.

24. **Bossuto Carolina**, d'anni 44, di Torino. Ebbe cinque parti a termine. Soffre da mesi menorragie, leucorrea, peso, dolori, lipotimie, da anemia avanzata e denutrizione, palpitazioni, inappetenza e prostrazione

generale; diagnosi: *metrite iperplasica* (isterometria 110) e *probabile lesione degli annessi.* Operata il 25 gennaio si trovò *degenerazione cistica dell'ovaia* destra e chiusura della tromba a sinistra. Gli annessi furono esportati dai due lati. Il decorso fu normale, apirettico e senza conseguenze.

L'esame istologico ha confermato l'alterazione del miometrio spesso di 3 centim. al fondo e dell'endometrio (m. 0,012), con stroma infiltrato e tubercoli risiformi. L'ovaio trasformato in cisti con ematoma.

25. **Niello Maria**, d'anni 32, di Torino. Ebbe quattro parti a termine e due aborti. Soffre per grave *prolasso della vagina dell'utero* e *dismenorrea.* Lo stato generale è profondamente alterato; dimagrimento progressivo, pallore generale, prostrazione, cardiopalmo, ecc. Gli annessi si sentono distintamente a forma di cordoni induriti e le ovaia spostate. Isterometria 0,85. Tutte le altre funzioni renali, digestive e dei centri nervosi, normali. Operata di istero-salpingo-ovariectomia bilaterale per *vaginam* il 1° febbraio 1894, si rimette prontamente dell'atto operativo. Per rimediare al prolasso l'incisione della vagina verso la piega del Douglas fu portata molto in basso al disotto del collo dell'utero. Fissati i peduncoli ai lati e ridotta la breccia, il rettocele fu corretto e finora non si è riprodotto.

L'esame istologico ha rilevato la degenerazione microcistica delle ovaia. Ai lati, nelle pieghe dei legamenti larghi, presso il padiglione delle trombe, due cisti, una per parte, grosse come una nocciuola, in parte aderenti e ripiene di siero sanguinolento.

Mucosa uterina normale. In sezioni trasversali delle tube si scorge notevole dilatazione dei vasi della tonaca muscolare ed ipertrofia della loro tonaca esterna. Le ripiegature mucose sono leggermente infiltrate nel loro stroma connettivale. La parete delle cisti accennate è costituita da una tonaca fibrosa esterna e verso la cavità da tante produzioni pseudoghiandolari rivestite di epitelio cilindrico che ricordano la struttura della mucosa delle tube.

26. **Fenoglio Cristina**, d'anni 33, di Torino (R. Parco). Ebbe un solo aborto a 26 anni, dopo quattro mesi di matrimonio. A 29 anni fu operata di raschiamento per endometrite all'ospedale di S. Giovanni. Ricomparsi i dolori, la leucorrea e le sofferenze addominali più gravi, viene ammessa il 3 febbraio 1894 nella mia sezione con diagnosi di *allungamento ipertrofico del collo* (isterometria 120 mm.), *ematoma dell'ovaio destro* e *salpingite* dallo stesso lato. Operata d'istero-salpingo-ovariectomia il 9 febbraio ebbe un decorso apirettico e normalissimo. Il 6 marzo successivo lascia l'ospedale completamente guarita.

Esame istologico. — Endometrio mm. 5, di colore grigio, liscio. Miometrio mm. 18, tuba destra poco flessuosa con mucosa ipertrofica grigia; padiglione chiuso. Ovaio trasformato in cisti ematica. Nella tuba si osserva un notevole ispessimento della tonaca delle piccole arterie (arterite), infiltrazione parvicellulare abbondante dello stroma; sfaldamento in varie parti dell'epitelio della mucosa; infiltrazione infiam-

matoria recente nello stroma ovarico della parete cistica, tutti i segni dell'ovaro-salpingite vegetante catarrale.

27. **Chiolerio Antonia**, d'anni 54, di Veneria Reale, lavandaia. Ebbe quattro parti normali. Menopausa a 50 anni. Da sei anni soffre dolori lombari che non le permettono lavori faticosi. Comparsa di tumore vaginale ed ultimamente prolasso completo dell'utero sotto i più piccoli sforzi. Collo dell' utero arrossato ed esulcerato; isterometria 0,95 mm. Funzioni renali normali. Entra nell'ospedale il 12 febbraio 1894 con diagnosi di *prolasso dell'utero di terzo grado* e *grave cistocele*. Operata il 17 di colpo-isterectomia, ebbe decorso apirettico normale, obbligandola tuttavia a letto per un mese per ovviare la recidiva del cistocele ed il 18 marzo esce guarita.

L'esame dell'utero lascia scorgere la vasta ulcerazione del labbro posteriore. L'endometrio è sano. Le sezioni della porzione ulcerata fanno rilevare la mancanza di epitelio il quale è sostituito da detriti granulosi; lo stroma è privo di ghiandole ed è fortemente infiltrato di giovani cellule rotonde con vasi numerosi a pareti ispessite. Il tratto non ulcerato è coperto di epitelio pavimentoso stratificato; stroma a cellule fusiformi; ghiandole normali.

28. **Cantamessa Isabella**, d'anni 46, di Torino. Entra nell'ospedale il 21 febbraio per *metrite cronica del collo*, *cistocele* e *rettocele*. Maritata a 20 anni, ebbe quattordici parti a termine di cui cinque con forcipe; dall'ultimo parto (due anni fa) si lagna di tedioso senso di peso al basso ventre, di leucorrea, di mestruazioni irregolari e dolorose, di sofferenze lombari e coccigodinia. L'utero misura 110 mm., il collo molto ingrossato ed esulcerato, gli annessi normali. Operata il 2 marzo di colpo-istero-salpingovariectomia bilaterale, ne guarisce prontamente e prima della fine del mese lascia l'ospedale.

Esame istologico. — Gli annessi a destra alterati con ematoma dell' ovaia, tessuto ovarico sclerosato costituito da fasci di connettivo compatti, con prevalenza di cellule fusiformi; dilatazione vasale ed ispessimento notevole delle pareti di vasi. Non si rilevano follicoli di Graaf.

L'utero quasi normale nel suo epitelio di rivestimento; nello stroma predominano cellule connettivali, grosse, ovoidali; solo qualche focolaio di infiltrazione embrionale (piccole cellule rotonde) negli strati profondi della mucosa ed in specie attorno ai vasi. Le ghiandole sono numerose, allungate, abnormemente dilatate, rivestite di epitelio cilindrico con nucleo ovoidale alla base. Alcune cellule si presentano caliciformi per degenerazione mucosa.

29. **D. Enrichetta**, d'anni 44, di Gressoney Saint-Jean, agiata. Venne ammessa nella sezione pensionanti il 2 marzo 1894, inferma di *metrite cronica* e *perisalpingite sinistra*. Ebbe otto parti e tre aborti; dopo il terzo puerperio soffrì di febbri infettive e fin d'allora ebbero principio le sue sofferenze nervose a forma di accessi periodici che si

fecero gradatamente più frequenti e più gravi. In questi due ultimi anni si ripetevano tutti i giorni da renderle la vita intollerabile.

Le condizioni generali sono gravemente compromesse: dimagramento progressivo straordinario, pallore intenso della cute, inappetenza, affanno, prostrazione, impossibilità di reggersi sulle gambe. Accessi dolorosi vespertini che durano più ore con localizzazione alla regione lombo-dorsale ed al quadrante inferiore sinistro dell'addome.

Operata d'isterectomia vaginale il 10 marzo, s'incontrarono difficoltà nel liberare gli annessi di sinistra che formano una massa fusa coi legamenti larghi e colle pareti del bacino; tuttavia dopo l'operazione ebbe decorso normale ed apirettico, e l'ammalata si ristabiliva prontamente, tanto più che per tutto il tempo in cui tenne il letto non ebbe accessi nervosi. Questi ricomparvero però meno intensi appena guarita la breccia vagino-peritoneale. Sottoposta alle iniezioni ipodermiche di ferro ed alle doccie lombo-sacrali.

Esame istologico. — Utero aumentato complessivamente ne' suoi tessuti; mucosa iniettata verso l'istmo in cui si nota una forte arborizzazione vascolare. Leggiera ipertrofia del miometrio.

Dal lato degli annessi le ordinarie alterazioni determinate dalla perisalpingite e dagli essudati.

30. **Ghiglione Clementina**, d'anni 27, di Tonco-Monferrato. Entrava il 2 marzo 1894 nella mia sezione per *metrite cronica* e *perisalpingite doppia*.

Ebbe due parti a termine di cui l'ultimo 19 mesi fa. D'allora soffre metrorragie continue, dolori addominali, impossibità di lavorare. Operata il 9 marzo di isterectomia vaginale si incontrarono da ambe le parti gli annessi fissi da estese aderenze antiche e recenti, per cui non ritenni prudente tentarne la esportazione, tenuto conto delle cattivissime condizioni generali della donna. Le legature laterali sopra tessuti alterati determinavano emorragie tagliandoli, per cui fu prudente portare le mie pinze emostatiche per porvi freno. Il decorso non poteva essere migliore non avendo la temperatura serale oltrepassato mai i 37°. Al ventesimo giorno la breccia era completamente chiusa e la donna guarita.

L'esame dell'utero presenta nulla di notevole, se si eccettua una lieve iperplasia connettivale dello stroma interghiandolare, prevalendo le cellule connettive, allungate, fusiforni sulle cellule rotonde.

31. **M. Vittoria,** d'anni 48, di Cuneo. Entra il 3 marzo 1894 nella mia sezione, camera n. 2, pensionante di 1ª categoria. Madre morta di tumore maligno; prese marito a 25 anni: ebbe cinque parti normali, l'ultimo nove anni fa. Da un anno soffre dolori vivi al basso ventre, leucorrea fetida, dimagramento progressivo, pallore generale, tinta subitterica, urine albuminose. Utero ingrossato, duro, dolente, scolo sanioso, misura 100 mm. Diagnosi: *adeno-carcinoma* del corpo.

Il 9 marzo, operata d'istero-salpingo-ovariectomia bilaterale per *vaginam* in venti minuti, non ebbesi a deplorare il più piccolo in-

conveniente nella esportazione dell'utero e degli annessi. Emostasi assoluta, antisepsi rigorosa. Il decorso nella prima settimana fu dei più normali. Apiressia completa; urine 600 cc. senza albumina; non vomiti, non dolori; medicazione asciutta, asettica. Evacuazioni di gas e feci. Al settimo giorno lieve meteorismo, disturbi intestinali, coliche, vomito di due lombricoidi. La temperatura si rialza all'ottavo giorno (38°) per toccare il 40° al decimo. Una entero-colite probabilmente infettiva, da quale causa determinata non saprei affermare, ne cagiona il decesso al 12° giorno, quando l'operata aveva superati i pericoli dell'atto operativo. All'esame necroscopico si notò il moncone sinistro leggermente necrosato; nulla a destra; nel cavo peritoneale icore fetentissimo; una parte dell'intestino tenue con mucosa coperta di denso strato di catarro e numerose ulcerazioni.

Esame istologico. — Il rivestimento epiteliare della mucosa è in gran parte perduto. Fittamente addossate le une alle altre, stanno numerosissime ghiandole in scarso stroma connettivo infiltrato di giovani cellule rotonde. Si notano parecchie cavità da ectasia ghiandolare, ripiene di muco e rivestite di epitelio cubico basso. L'iperplesia ghiandolare invade in parecchi tratti la muscolare. L'aspetto e l'esame microscopico confermano la degenerazione adenomatosa che non lascia distinguere nettamente il passaggio del tessuto benigno in maligno.

32. **D. Celestina,** d'anni 52, di Andorno, agiata, entra il 6 marzo nella mia sezione pensionanti, con diagnosi di *fibroma nella parete anteriore dell'utero*, *emato-salpinge* a destra e *cistoma ovarico* a sinistra. Maritata a 20 anni, ebbe un parto prematuro (il primo), e poi sei a termine; l'ultimo 23 anni fa. Curata nel 1873, nella casa di salute del prof. Sperino, per malattia dell'utero in seguito ad infezione puerperale dopo l'ultimo parto. D'allora ebbe continue sofferenze e da tre anni ha gravi metrorragie e dolori locali e riflessi. All'esame combinato si sentono distintamente due tumori grossi come un pugno nei due parametrii. Deciso l'atto operativo per via vaginale, ho incontrato non lievi difficoltà per riuscire.

Trascrivo il diario clinico raccolto dal mio aiuto, dott. Regoliosi, al n. 30, registro 1894 dell'ospedale:

« Il 14 marzo 1894 sotto narcosi (morfina e cloroformio), praticasi
« l'isterectomia presenti i tre medici assistenti ed il dott. Margary di
« Sagliano Micca, medico curante dell'operanda. L'utero grosso e fisso
« scende pochissimo. L'incisione circolare del collo è fatta abbastanza
« alta; la dissezione della vescica è lunga e paziente. Isolato il collo
« ed aperti i fornici riesce impossibile abbracciare col Dechamps il
« legamento largo di sinistra, tanta è la massa di essudati solidi, per
« cui è forza portare diversi lacci e di afferrare la parte più alta
« colle pinze Terrier prima di poter staccare l'utero. Nelle manovre
« per smuovere ed abbassare l'utero si rompe il tumore a destra con
« abbondante fuoriuscita di liquido nerastro e sanguinolento dovuto
« all'emato-salpinge. Si portano tosto con pazienza e con notevole dif-
« ficoltà i lacci agli annessi di destra e puossi finalmente asportare la
« massa uterina. Frattanto un laccio a sinistra, probabilmente del-

« l'arteria tubo-ovarica, sfugge ed un' imponente emorragia si pre-
« senta, che non potendosi prontamente arrestare con varii punti
« profondi, induce l'operatore ad applicare una robusta pinza Berruti.
« Rischiarato con rigorosa toeletta il campo operatorio, si presenta
« alla breccia un corpo globoso, liscio, cedevole, che dall'operatore
« viene brillantemente diagnosticato per una cisti ovarica sinistra.
« Tuttavia, per maggior precauzione contro la possibilità di ernia in-
« testinale, l'operatore stima conveniente praticare una puntura esplo-
« rativa capillare. Infisso l'ago, si estrae liquido citrino, limpido, ca-
« ratteristico della cisti ovarica. Allora si apre largamente il tumore. A
« maggior garanzia dell'emostasi si fissano gli annessi di destra al
« bordo vaginale con punti staccati in seta ed a sinistra si mantiene
« per 24 ore la pinza Berruti. Fatta rigorosa toeletta del cavo, s'ap-
« plica abbondante drenaggio di garza al jodoformio. » Decorso post-
operativo normale. Guarita.

Esame istologico. — Utero 110 mm.; numerosi nodi fibrosi intramurali; a sinistra un tumore grosso come una noce; segni di parametrite antica (intorbidamento della sierosa, aderenze, essudati, ectasie cistiche). L'esame delle sezioni fa rilevare una notevole infiltrazione di cellule rotonde dello stroma interghiandolare con iperplasia ed ipertrofia delle ghiandole. In sezioni trasverse delle ghiandole si riscontra che la membrana epiteliale costituita di cellule cilindriche alte e sottili, alcune caliciformi, altre terminanti in filamenti mucosi, si infiette colla parete connettiva basale, in molti punti nel lume ghiandolare, in modo che il loro aspetto rassomiglia a quello delle ghiandole del collo (fondi ciechi multipli). Nel tessuto sottomucoso si rileva una notevole iperplasia connettivale.

33. **T. V. L. Perlina,** di anni 42, da Vercelli, agiata. Ebbe tre parti a termine e due aborti, di cui l'ultimo 14 anni fa. Primo puerperio patologico da infezione con mania puerperale che durò sei mesi e guarì completamente. Da sei mesi metrorragie periodiche all'epoca mestrua accompagnate da vivi dolori al basso ventre ed al sacro e da turbe nervose varie. Nell'ultimo periodo soffrì ritenzione di urina, febbre e stato di prostrazione notevole. L'esame locale fa rilevare la presenza di un *tumore fibro-miomatoso* assai voluminoso interessante la parete posteriore dell'utero, *metrite esulcerativa del collo* e *catarro endo-uterino.* Proposta ed accettata la isterectomia, questa venne eseguita il 22 marzo 1894, al domicilio dell'ammalata, col concorso dei dottori Pinna, Motta e Treves. L'atto operativo fu laborioso per la separazione e più ancora per l'estrazione del tumore, superiore d'assai in volume alla breccia vagino-peritoneale. Nessuna emorragia, nessuna lesione della vescica, del retto, degli ureteri. Per precauzione si lasciano due pinze a forcipressione sui peduncoli dei legamenti larghi. Per l'enorme breccia si fa procidente l'epiploon, che viene risospinto e mantenuto nel cavo pelvico con grosso tampone di garza. Decorso post-operativo normale. Le pinze sono tolte 24 ore dopo senza inconvenienti. La breccia si restringe a gradi, le legature cadono al 15° giorno e la chiusura ha luogo prima del mese.

Esame del tumore. — L'utero intero dopo l'estrazione misura nel suo diametro esterno 150 mm., nell' interno 95 mm., di cui 20 per la parte cervicale. Il miometrio al fondo è di 10 mm. La mucosa rossastra, liscia, leggermente rammollita, è sollevata verso il fondo e posteriormente da una tumefazione sferoidale, che aperta lascia scorgere un neoplasma più grosso di un arancio, nettamente limitato da tessuto uterino sano. Sul tumore la mucosa arrossata e sottile misura appena 2 mm.; dal cavo peritoneale il tumore è diviso per uno strato di tessuto muscolare spesso 7 mm. Al microscopio, con sezioni trasverse e perpendicolari alla mucosa, si rileva che l' epitelio di rivestimento è in gran parte sfaldato; le ghiandole numerose non sono più allungate e circonvolute, si nota cioè iperplasia senza ipertrofia ghiandolare; il loro epitelio è cilindrico, basso, ad un solo strato. Lo stroma interghiandolare si mostra fortemente infiltrato di elementi cellulari rotondi con uno o più nuclei che negli strati profondi, cioè verso il neoplasma, van man mano diventando allungati, fusiformi, fino a confondersi colle fibrille connettivali, di cui, assieme a fibrocellule muscolari, è essenzialmente costituito il tumore. Il limite fra la mucosa ed il tumore si mostra al microscopio formato da pochi fascetti di fibre muscolari liscie, disposti alcuni parallelamente, altri obliquamente alla mucosa. Negli strati più superficiali di questi fasci muscolari si approfondano alcuni fondi ciechi ghiandolari. Il tessuto neoplastico poi lascia vedere una struttura finamente fibrillare a fascetti ondulati, con scarse cellule connettive, fusiformi e rarissime cellule embrionali. Nella compagine del tessuto stesso si notano molteplici lacune linfatiche e vasi a pareti ispessite. Attorno a dette lacune linfatiche, in alcuni punti vi ha un leggiero accenno a infiltrazione parvicellulare. (Esame e relazione scritta dal dott. Pinna-Pintor, che assistette l'operata nelle medicazioni fino a guarigione). Il metodo seguito per l'esame microscopico fu il seguente: fissazione ed indurimento colla scala graduata degli alcools, quindi alcool assoluto; inclusione in paraffina, colorazione colla ematossilina del Bizzozero.

34. **Cardani Maria**, d'anni 22, operaia, da Varallo. Entra in ospedale il 26 marzo 1894 per *grave stenosi dell' orificio uterino, piosalpinge destra* e *salpingovarite sinistra.*

Mestruata a 13 anni, poi sempre regolarmente.

Maritata a 20 anni, è nullipara. Otto mesi fa incominciò a soffrire di dolori al parametrio destro, e più tardi di febbre vespertina. Fu curata con antipiretici; tamponi in vagina medicati e pomate sull'addome, ma senza miglioramento.

Viene operata il 2 aprile sotto narcosi (morfina e cloroformio) di *isterectomia vaginale.* Scollati convenientemente la vescica ed il retto, dissecato per un buon tratto il collo uterino circolarmente previe legature ai lati in seta, nelle successive manovre operatorie si rompe la sacca sottilissima della raccolta agli annessi di destra e fuoresce notevole quantità di pus inodoro. Afferrata subito con pinza Mac Clintoch e stirata verso la breccia vaginale, si portano superiormente col Dechamps lacci in seta e si riesce ad esportarla *in toto.* Fatta rigorosa

toeletta del cavo ed ottenuta un'emostasi assoluta anche dal bordo vaginale si appone abbondante drenaggio di garza al jodoformio.

Nei due primi giorni dopo l'atto operativo notasi un leggiero rialzo vespertino di temperatura, poi il decorso è apirettico e normale e l'ammalata lascia l'ospedale il 29 aprile ben guarita.

Esame post-operativo. — L'utero di dimensioni poco maggiori del normale presenta una neoplasia fibromiomatosa che, partendo dal margine destro ingloba e fissa la salpinge di questo lato, la quale, nel suo estremo addominale, è fusa colla parete di una grande sacca purulenta costituita dalla fusione dell'ovaio del lato omonimo. La salpinge è grossa come una grossa penna da scrivere, indurita per forte ipertrofia della tonaca muscolare. A sinistra perisalpingite con diffusi essudati al parametrio.

35. **Fey Caterina**, d'anni 33, da Aosta. Entra in ospedale il 25 aprile 1894 per *stenosi del canal cervicale, metrite, retroversione* e *perisalpingite bilaterale.*

Maritata a 29 anni, è nullipara.

Le mestruazioni, dapprima indolore, si accompagnarono in questi ultimi anni a vivi dolori addominali, a segno che durante il periodo catameniale era obbligata a letto. Da tre anni soffre di nevralgie gravi, di vivi dolori lombari ed addominali.

Viene operata il 2 maggio di *isterectomia vaginale.*

L'atto operativo, quantunque difficile pel ristretto lume della vagina, riesce spedito e senza il più piccolo accidente. L'emostasi è assoluta, per cui, fatta rigorosa toeletta, si appone un grosso drenaggio di garza al jodoformio.

Il decorso post-operativo è dei più brillanti.

L'ammalata si rimette in breve e lascia il letto in 14ª giornata.

Esame macroscopico ed istologico. — L'utero è di volume pressochè normale. Il miometrio non è aumentato di spessore, ma sulla superficie sierosa si notano pseudomembrane recenti, filamentose (reliquati di perimetrite), specie sulla parete posteriore.

La mucosa è liscia, di colorito grigio roseo, di consistenza normale, ma leggermente ispessita.

Al microscopio, le alterazioni istologiche riscontrate nell'endometrio sono quelle caratteristiche dell'endometrite interstiziale: stroma connettivo iperplasico, ricchissimo di cellule rotonde; ghiandole scarse atrofiche.

In alcuni punti queste si presentano come strozzate dall'esuberante connettivo perighiandolare, talchè il loro lume ne rimane obliterato.

36. **Adda Giuseppa**, d'anni 35, di Mazzè, contadina. Entra il 28 aprile per *degenerazione sclero-cistica delle ovaia, atrofia uterina, prolasso delle pareti vaginali.*

La madre sarebbe morta per tumore al ventricolo.

Mestruata la prima volta a 16 anni, lo fu poi sempre regolarmente per ritorno, durata e quantità.

Passò a marito a 18 anni ed ebbe sei parti a termine e normali, l'ultimo dei quali un anno fa.

In principio dell'ultima gravidanza, in seguito a colpo accidentale al capo, tenne il letto per 11 giorni. La gravidanza fu molto disturbata, ma il parto normale. Allattò per cinque mesi, in capo ai quali dovette sospendere l'allattamento per debolezza estrema. D'allora il flusso mestruo è irregolare per ritorno e scarsissimo; lamenta dolori lombari, debolezza generale, leucorrea.

Operata il 2 maggio di *istero-salpingovariectomia bilaterale vaginale.*

La dissezione della vescica riesce lunga e paziente, essendo il limite inferiore della vescica molto basso pel prolasso delle pareti vaginali. Del resto l'atto operativo procede senza inconvenienti. Si medica rigorosamente a giorni alterni e tutto procede regolarmente pei primi otto giorni. Le orine si fanno poi quasi improvvisamente torbide, ed all'esame microscopico presentano numerosi globuli bianchi. Non contengono però albumina. Qualche cateterismo male praticato è stato probabilmente causa della cistite. Si praticano lavature vaginali ed in breve tutto scompare e l'ammalata rapidamente migliora.

Esce guarita il 7 giugno.

Esame macroscopico ed istologico. — L'utero è di volume leggermente diminuito. La mucosa del corpo si presenta alquanto più sottile del normale, rugosa, congesta, di color rosso vinoso.

Demarcazione netta per questo aspetto dalla mucosa del canal cervicale, che appare normale.

Ovaia assai ridotte, d'aspetto cirrotico, con numerose piccole cisti alla superficie.

Al microscopio, le ghiandole dell'endometrio senza presentare l'allungamento e l'abnorme flessuosità, propria dell'endometrite ghiandolare, mostrano tuttavia numerosi rientramenti del loro strato epiteliare, ciò che dà loro un aspetto dentritico caratteristico.

Lo stroma connettivo non è infiltrato ma stipato per numerose cellule ovoidali e rotondeggianti.

L'ovaio presenta, nello strato germinativo e in ispecie attorno ai follicoli e ai vasi, dei fascetti ondulati di connettivo compatto, scarsi di elementi cellulari e numerose ectasie cistiche di idrope follicolare.

37. **Barbero Maria**, d'anni 26, da Canelli. Entra il 10 maggio 1894 per *perisalpingite sinistra, emato-pio-salpinge sinistra.*

Maritata, nullipara. Le mestruazioni regolari sempre per ritorno, ma scarse; dopo il matrimonio si accompagnarono a vivi dolori addominali. Avendo inutilmente tentate diverse cure mediche ricorse all'ospedale.

14 maggio, *isterectomia vaginale.*

L'atto operativo riesce spedito e senza inconvenienti. Asportato l'utero, ed esaminati gli annessi, notansi quelli di sinistra conglobati da fitte aderenze, ed una cisti ematica della dimensione di una grossa

noce. Si cerca di afferrarla per l'opportuna allacciatura, ma si rompe e ne fuoresce sangue nerastro con pus.

Si fa rigorosa toeletta del cavo e si appone abbondante drenaggio di garza al jodoformio.

Al giorno successivo alla medicazione fuoresce nuovamente notevole quantità di liquido inodoro, nerastro.

La temperatura verso sera si rialza, il polso si fa piccolo. Si praticano iniezioni eccitanti. Si medica nuovamente e ripetutamente, ma l'ammalata muore al mattino del giorno 18. Le orine scarse non presentarono mai traccie di albumina.

Reperto necroscopico: anse distese da gas, conglobate fra loro. Sacca della cisti spaccata, necrosata, con pus, fonte certa dell'infezione.

Esame macroscopico ed istologico. — Utero in complesso diminuito di volume con miometrio relativamente ipertrofico. La mucosa appare liscia, di color grigio roseo, non ispessita nè rammollita.

L'esame microscopico non fa rilevare alcuna alterazione degna di nota.

(L'indicazione operativa era data dalla lesione degli annessi).

38. **Boschetto**, d'anni 27, di Campiglia Cervo. Entra il 6 maggio per *salpingovarite* bilaterale e *retroversione*.

Nulla di gentilizio. Mestruata a 16 anni, poi sempre regolarmente. Maritata a 20 anni ebbe tre parti a termine e normali, ultimo dei quali quattro anni fa e successioni patologiche per pleurite, ecc. D'allora non godette più buona salute. Sofferse sempre di dolori lombari, addominali, leucorrea, facile stanchezza.

Il 14 maggio viene operata di *istero-salpingovariectomia* bilaterale.

L'atto operativo procede senza inconvenienti, ma l'esportazione degli annessi riesce difficile, lunga e paziente per le fitte e numerose aderenze che li avevano conglobati.

Il decorso post-operativo è apirettico e normale e guarisce rapidamente.

Esame macroscopico ed istologico — Dimensioni dell' utero normali. Sulla superficie sierosa della parete posteriore, si rilevano segni di antica perimetrite (pseudomembrane organizzate, ectasie cistiche della sierosa). L'endometrio è ispessito, con fina arborizzazione vascolare, specie verso l' istmo. L' iperemia si estende anche alla mucosa endocervicale. Le ovaia sono indurite, atrofiche, disseminate alla superficie di numerose piccole cisti. Tube di volume e di aspetto normale.

L'esame istologico della mucosa uterina fa rilevare le alterazioni caratteristiche dell'endometrite interstiziale: scarsissimi tubuli ghiandolari con epitelio cilindrico basso, in uno stroma connettivo abbondante, compatto, costituito in gran parte di fasci fibrillari con iscarsi elementi fusiformi.

Degna di nota la presenza nella zona limite fra la mucosa e la muscolare di numerosi vacuoli, alcuni dovuti a dilatazioni ghiando-

lari con nel lume residui di epitelio, altri ad ectasie linfatiche, e a venule dilatate.

All'esame di sezioni ovariche si riscontrano placche di sclerosi specialmente attorno ai vasi e ai follicoli idropici.

Le tube sono normali.

39. **Pasqua Maddalena**, d'anni 28, di Torino. Entra il 16 maggio per *prolasso uterino grave* ed *ovarite destra*.

Mestruata a 13 anni, poi sempre regolarmente. Maritata a 18, ebbe due parti a termine, l'ultimo dei quali due anni fa. Tenne il letto due soli giorni, d'allora notò tumore ai genitali esterni, che aumentava sotto gli sforzi ed alla sera.

Più tardi avvertì dolori lombari al sacro ed al basso ventre per cui ricorse all'ospedale.

Operata il 23 di *isterectomia vaginale*. Nulla di notevole nell'atto operativo. La vescica discende molto in basso ed è aderentissima.

Asportato l'utero notasi agli annessi di destra una piccola cisti ematica. Essendo molto fissa ed aderente, si stima prudente di non insistere in manovre.

Si fa rigorosa toeletta e si drena con garza al jodoformio.

Decorso post-operativo apirettico, normale, miglioramento rapido. Guarigione.

Esame macroscopico ed istologico. — Utero più voluminoso del normale. Estesa ulcerazione benigna sul muso di tinca. Pseudomembrane antiche, lacerate, specie sulla parete posteriore. Mucosa leggermente ispessita e rammollita, liscia.

Al microscopio, eccetto una leggera iperplasia dello stroma interglandulare, non presenta la mucosa alterazioni degne di nota. La muscolare sottomucosa è ipertrofica e vi si nota un notevole aumento di spessore della tonaca delle piccole arterie, e dilatazione delle venule e dei capillari.

40. **Piatti Costanza**, d'anni 36, di Torino. Entra il 20 maggio per *retroflessione fissa* e *metrite del collo, salpingovarite sinistra*.

Maritata; tre parti a termine, l'ultimo dei quali un anno e mezzo fa.

Mestruazione regolare per ritorno, ma accompagnata da dolori addominali.

Lamenta anoressia, coccigodinia, facile stanchezza.

30 maggio, *isterectomia vaginale*.

L'utero è fisso posteriormente per numerosissime briglie, il cui distacco riesce lungo e paziente. Nessun inconveniente.

Gli annessi di sinistra, piccoli, atrofici, sono fusi in un ammasso, quelli di destra vengono facilmente esportati.

L'ammalata ha vomiti insistenti nei primi giorni da cloroformio che cedono a poca cocaina. Le orine un po' torbide al secondo giorno non presentano che urati. Guarita.

Esame macroscopico ed istologico. — L'utero, di volume normale presenta intorbidamento della superficie peritoneale nella parete po-

steriore, che è pure disseminata di fimbrie di pseudomembrane lacerate. La mucosa corporeale presenta aspetto normale, quella del collo è leggermente congesta, ma di spessore non aumentato.

Gli annessi di destra, i soli esportati, non presentano alterazioni patologiche evidenti.

In sezioni perpendicolari alla mucosa si riscontrano abbondantissime ghiandole, la maggior parte tagliate trasversalmente e obliquamente, tanto presso l'epitelio di rivestimento, che negli strati profondi della mucosa. L'epitelio cilindrico basso, di cui sono rivestite, è in quasi tutte distaccato dalla parete connettiva e accollato verso il centro del lume ghiandolare. Nello stroma si rileva leggera infiltrazione parvicellulare.

Negli annessi nessuna alterazione istologica.

II.

LA COLPO-ISTERECTOMIA IN GENERALE.

Cenni storici.

L'estirpazione totale dell'utero per via vaginale (isterectomia per *vaginam*, istero-salpingo-ovariectomia, colpoisterectomia) ha una storia recente ed anzi recentissima ne' suoi successi. Benchè in Italia il Monteggia fin dal 1794 suggerisse, nelle sue annotazioni sui mali venerei, l'estirpazione totale dell'utero dalla vagina e nel principio del secolo il Malagò a Ferrara ed il Palletta a Milano la eseguissero per la prima volta, tuttavia chi ha dato e pubblicato le prime regole scientifiche e cliniche dell'atto operativo fu il Bellini col suo lavoro edito in Faenza nel 1834 sui *nuovi metodi facili, spediti e sicuri per le totali estirpazioni dell'utero in sito*. Egli stesso, nel 1832, da abilissimo chirurgo qual era, aveva eseguita detta operazione in Ancona ed otto mesi dopo l'inferma viveva ancora, benchè nulla si consigliasse allora per l'emostasia, salvo il tamponamento del cavo lasciato dal viscere esportato. Per grave prolasso nel 1865 il Casati all'ospedale di Fano operava con successo la colpoisterectomia. Nel 1873 il Blessig a Spilimbergo eseguiva con esito fortunato tale operazione che fu ripetuta l'anno dopo con insuccesso dal Malachia De-Cristoforis in Milano. Non faccio parola dei casi riferiti negli anni successivi dagli autori sulle isterectomie per utero inverso e prolassato (Occhini, Corradi, Chiarleoni, ecc.) e dichiarate quali isterectomie totali per *vaginam*, poichè tali non sono.

Metodo operativo.

Chi ebbe l'onore di proporre il primo un metodo scientifico e razionale per l'estirpazione totale dell'utero in sito fu lo Czerny (1879), professore in Heidelberg. Seguirono Billroth che aggiunse l'*emostasia preventiva*, Schede e

Schroeder che al Congresso di Danzica nel 1880 in settembre presentava già otto casi. Il metodo, salvo non essenziali modificazioni, allora adottato è quello tuttora seguìto dagli operatori di tutte le nazioni. Posizione come nel taglio perineale. Abbassamento del collo dell'utero; incisione circolare a due centimetri dai confini del neoplasma scoprendo gli sfondati laterali con dilatatori larghi e corti; distacco del tessuto congiuntivale colle dita e colle forbici cominciando ai lati per proteggere meglio la vescica. Nelle infiltrazioni vescico-uterine il distacco della vescica si fa per ultimo usando grandi precauzioni per non ledere la vescica e gli ureteri, ciò che è succeduto ad abilissimi operatori, quali lo Schroeder, l'Hoffmeyer, il Billroth e tanti altri. Legatura coi Dechamps dei vasi che percorrono i legamenti larghi ed in ultimo legatura e recisione dei legamenti sacro-uterini. Alcuni, fra cui Schroeder, raccomandano il capitombolo dell'utero (fondo) posteriormente prima di eseguire le legature profonde sui vasi e legamenti. Ma la maggioranza degli operatori moderni seziona l'utero in sito. Prima della menopausa è regola di esportare coll'utero gli annessi. Infine disinfezione e chiusura della breccia. Il Martin e con lui molti altri, quali Fritsch, Leopold, Kuester, Schroeder, ecc., lasciano la ferita vagino-peritoneale aperta. Alcuni chiudono solo il peritoneo e fra questi Stande, Schede, Kaltembach, Tauffer e l'Hoffmeyer (nelle sue ultime operate) allo scopo di evitare la possibile ernia dell'omento, delle intestina e della vescica, benchè ciò succeda difficilmente colle medicazioni a drenaggio. Non pochi operatori, sempre quando è possibile, si limitano a fissare i peduncoli lateralmente ai bordi della ferita vaginale restringendone il lume. L'applicazione delle pinze a forcipressione (introdotte e diffuse in Francia dal Péan, Doléris e Richelot) lasciate in sito per 48 ore semplificano di molto l'atto operativo, ma possono dar luogo a gravi inconvenienti. L'uso delle medesime va riservato a casi eccezionali di lesioni gravi degli annessi o di emorragie infrenabili.

Modificazioni all'atto operativo.

Il Fritsch disseca i fornici laterali, ricerca le arterie uterine, le recide e le lega; quindi disseca la vescica ed infine apre la piega del Douglas.

Olshausen apre pure ultima la piega del Douglas per evitare l'infezione peritoneale.

Schatz disseca per ultimo la vescica.

Sänger apre i fornici laterali col termo-cauterio.

Billroth, Leopold, Olshausen esportano l'utero in sito. Czerny, Fritsch, Demons fanno il rovesciamento in avanti. Martin e Schroeder, come abbiamo detto, lo fanno posteriormente.

Müller durante l'operazione fa comprimere l'aorta addominale e dopo le legature laterali divide l'utero in due metà esportandole successivamente. Questa pratica potendo causare facili infezioni, come il frazionamento (*morcellement*) dell'utero, può essere utile e richiesta solo da casi eccezionali di tumori che non possono sortire dalla breccia vagino-peritoneale.

Ad operazione in corso nei casi di impossibilità di estirpazione per *vaginam* Bischoff, Fritsch e Bottini hanno compiuto l'atto operativo colla laparotomia.

Fra le modificazioni proposte ed attuate, non so con quale criterio ed utilità, ricordo appena:

Isterectomia sottoperitoneale

1° La *decorticazione sottoperitoneale* del *Langenbeck* (1813) che venne rifiutata da tutti e credo anche dal suo autore. Il Lane e Frank la riproposero ultimamente con non migliore successo.

Isterectomia perineale.

2° L'*isterectomia perineale*, di Otto Zuckerkandl aprendo tutto lo spazio compreso fra le tuberosità ischiatiche. Frommel di Erlangen l'approva in un successo. Sänger e con lui quasi tutti gli operatori a ragione la respingono.

I. sacrale.

3° L'*isterectomia sacrale* di Wölfler e Zuckerkandl i quali esportano il solo coccige, mentre il Kraske esporta anche la parte inferiore del sacro. Gersung ed Hochenegg di Vienna ebbero un successo per ciascuno, ma nel secondo con residuante fistola intestinale. Hegar fa solo la lussazione del coccige e delle ultime vertebre sacrali per rimetterle dopo in sito. Roux di Losanna, Terrier di Parigi e Novaro di Bologna hanno tentato questo processo in cancri voluminosi impossibili ad operarsi per *vaginam*.

A proposito della chiusura o non della breccia Schede, Hegar, Kaltembach, Tauffer e Mikulicz la raccomandano come la migliore precauzione per la riuscita dell'operazione.

Pozzi, Segond, Terrier, Bouilly ed in genere i chirurghi francesi consigliano solo di restringere la ferita.

Sulla esportazione degli annessi Duncan, Mac Cornac e

Schroeder la consigliano sempre, quando sia possibile, avendo osservati in non pochi casi fenomeni nervosi riflessi di grande importanza ad ogni epoca mestrua. Mentre Brennecke, Grammatikati e Glaevecke non danno importanza agli annessi, essendo la atrofia ovarica successiva all'isterectomia la regola, mentre per altra parte il peritoneo toliera, senza gravi inconvenienti, i fenomeni di ovulazione nei casi in cui si mantengono dopo l'operazione. Fra le modificazioni od aggiunte all'atto operativo dobbiamo appena far cenno della proposta di Pawlich di estirpare, come fece in tre casi, il parametrio dopo l'isterectomia per assicurarsi dalle recidive dei neoplasmi maligni.

Metodo classico.

Il Samuel Pozzi nel suo classico trattato ha eretto la colpo-isterectomia vaginale a processo operativo metodico diviso in cinque tempi: 1° apertura del Douglas e sutura vagino-peritoneale posteriore; 2° sutura emostatica del piano pelvico (legatura dei rami e tronco dell'arteria uterina); 3° circoncisione completa della vagina e scollamento della vescica; 4° retroversione dell'utero e legatura dei legamenti larghi (legatura delle arterie utero-ovariche); 5° drenaggio e medicazione. Compiuto l'atto operativo, toglie il drenaggio 4-8 giorni dopo; lascia alzare l'operata trascorse tre settimane; adotta rigorosa dieta nei primi tre giorni, in seguito ai quali ricorre ai clisteri ed alla nutrizione graduale. Questo processo è quasi identico a quello del Martin e poco si discosta dal primo procedimento raccomandato ed adottato dallo Czerny nel 1879.

Bonnet e Petit nel loro recentissimo trattato (Parigi, 1894) riducono le manualità dell'atto operativo a 4 tempi: incisione vaginale ed apertura del Douglas — completamento della incisione — scollamento della vescica — escisione dell'utero. Raccomandano il capitombolo dell'utero prima della legatura dei legamenti in più fasci.

Nei casi di ristrettezza o rigidità eccessiva delle vie vulvo-vaginali (specialmente nei casi di fibromi o sarcomi voluminosi), Péan, Terrier e Doyen consigliarono la dilatazione preventiva della vulva e della vagina, lasciando per 48 ore in permanenza il pessario di Gariel. Lo sbrigliamento vulvo-vaginale raccomandato da Chaput, Mikuliez e Leopold deve riservarsi nei soli casi di assoluta necessità.

Legature.

Per le legature l'Olshausen consiglia quella elastica;

Hegar e Kaltembach raccomandano la legatura elastica dei legamenti larghi in massa, ma solo provvisoriamente, sostituendola, dopo l'estrazione dell'utero, da legature in seta. Demons e molti altri operatori usano la legatura in catgut. Condereau ha raccomandata teoricamente la legatura metallica. Jennings fa la legatura provvisoria del legamento largo con ansa robusta di seta fenicata stretta con piombi perforati e poi schiacciati. Péan usa le sue pinze emostatiche sui legamenti larghi quando incontra delle difficoltà per le legature in seta.

Forcipressione

L'idea prima della forcipressione appartiene allo Spencer Wells (1882), mentre il Richelot l'ha volgarizzata dal 1885. Questi raccomanda in ogni caso l'uso delle pinze emostatiche a dimora. Le pinze di Wells, di Péan, di Richelot, di Doléris, di Doyen, di Polk sono le più adoperate in questi casi. Nelle rare circostanze in cui io ricorro all'uso temporario delle pinze faccio uso delle mie fabbricate dallo Spinelli di Torino e che soddisfano molto meglio alle indicazioni della robustezza, della semplicità, della facilità di applicazione e della limitazione di tessuto compresso fra le sue branche molto robuste nel senso antero-posteriore e molto schiacciate trasversalmente.

Qualunque però sia la pinza adoperata, anche in casi eccezionali, non si dimentichi la possibilità dei gravissimi inconvenienti cui va incontro per le possibili lesioni della vescica, degli ureteri, delle intestina, del canale vulvo-vaginale, ecc., e sopra tutto per essere un mezzo di sviluppo o di trasmissione di infezioni peritoneali.

Difficoltà ed accidenti dell'atto operativo.

Le precipue difficoltà ed i più gravi accidenti dell'operazione consistono:

1° nella ristrettezza e rigidità della vulva e della vagina;

2° nel volume dell'utero e degli annessi;

3° nella complicanza di tumori periuterini;

4° nelle emorragie durante e dopo l'operazione;

5° nelle lesioni della vescica e degli ureteri;

6° nell'estensione del processo degenerativo.

Ristrettezza vulvo-vaginale.

Contro la ristrettezza e rigidità del canale vulvo-vaginale come più sopra abbiamo accennato, non vi hanno che due mezzi: la dilatazione (graduata e rapida) e le incisioni. Ripetiamo però che nei casi in cui fallisce la dilatazione, de-

vesi ricorrere alla incisione solo quando sia assolutamente impossibile l'abbassamento dell'utero e le manovre indispensabili per la separazione dell' utero e per le legature. Per conto mio in tutti i casi operati non ho mai dovuto ricorrere nè alla dilatazione preventiva nè alle incisioni benchè siansi presentati casi di grave ristrettezza vulvo-vaginale, come ad esempio nelle osservazioni VII, XXI, XXIX, XXXIII, ecc.

Eccessivo volume dell' utero ed annessi.

Quando l' utero per degenerazione fibro-miomatosa o maligna, separato dalle sue connessioni, non possa sortire dalla breccia vagino-peritoneale, il frazionamento del medesimo diventa necessario ed in generale innocuo. In questo caso la sezione dell'utero in due metà laterali, come consiglia il Müller, od in due valve superiore ed inferiore, come raccomanda il Pozzi nei casi di gravi essudati parametritici, od il *morcellement*, proposto ed attuato dal Péan, riescono sempre a trionfare delle difficoltà.

Tumori peri-uterini.

Quando poi l'ostacolo alla estrazione dipende dalla presenza di tumori agli annessi (pio-salpinge, emato-salpinge, idro-salpinge, ematoma dell'ovaia, cisti ovariche, ascessi delle ovaia, ecc.), occorre aprire largamente questi tumori, svotarli e possibilmente esportarli completamente. Quando per estese ed antiche aderenze non sia possibile la totale esportazione, la disinfezione rigorosa ed il drenaggio dànno tuttavia buonissimi risultati. In ogni caso tanto i tumori dell'utero quanto quelli degli annessi devono, per quanto è possibile, esportarsi del tutto onde evitare che i frammenti in decomposizione possano dar luogo più tardi ad infezione e morte, come è succeduto in un caso di fibroma operato dal Terrier.

Nelle gravi lesioni degli annessi che hanno dato luogo ad essudati solidi, inamovibili, è bene assicurarsi contro le emorragie con molteplici legature e colla forcipressione prima e dopo l'isterectomia, bene inteso senza occuparsi della esportazione dei medesimi. L'esperienza dimostra come questi essudati, rotta la catena di comunicazione vasale fra i medesimi e l'utero, si riassorbono, dopo la isterectomia, completamente e prontamente senza dar luogo alla più piccola sofferenza locale. Le mie osservazioni XVIII e XXX hanno pienamente confermato questo asserto.

Emorragie.

L' emostasia preventiva (Billroth) e l'attenta emostasia

durante l'operazione prevengono quasi sempre la grave complicazione ed i pericoli lamentati non di rado delle emorragie nel corso e dopo l'operazione. Nella isterectomia vaginale non si deve fare parsimonia di legature, tanto nel distacco del collo dell'utero quanto nella separazione dei legamenti laterali e posteriori. Quando si faccia una rigorosa emostasia nel momento in cui si opera, quella preventiva e post-operativa diventano non necessarie, e si semplifica grandemente l'atto operativo poichè la presenza di lacci preventivi e di pinze emostatiche sono sempre d'impaccio non lieve alla regolare e rapida estirpazione dell'utero ed annessi. In soli casi eccezionali in cui i lacci sfuggono o tagliano, perchè gettati su tessuti infiltrati o friabili, è necessità di ricorrere alla forcipressione ed allora la pinza a permanenza, applicata con tutte le precauzioni richieste per evitare gravi lesioni viscerali e tolta appena siasi certi del coalito, può dare buoni risultati ed evitare una imminente catastrofe. Per parte mia in tutti i miei casi non ho ricorso alle legature preventive e ben di rado alla forcipressione a dimora. Sopra 40 operate solo 4 o 5 volte ho lasciato delle pinze a permanenza e fortunatamente non ebbi mai conseguenze dal lato delle intestina e delle vie urinarie. In tutti i casi le pinze non devono mai applicarsi a caso, ma assicurarsi bene col tatto dei tessuti che sono presi fra le branche. Perciò le pinze enormi per volume e per lunghezza, come quelle del Doléris, devono essere proscritte. Le mie pinze e quelle del Péan in tutti questi casi hanno dato ottimi risultati.

Lesioni della vescica e degli ureteri.

Fra gli accidenti più gravi e temibili nella colpo-isterectomia hannosi ad annoverare le lesioni della vescica e degli ureteri. Ben pochi operatori furono fortunati, tanto più nelle prime prove, di non deplorare qualche caso in cui o per estensione delle neoplasie od in conseguenza dei capitomboli, la vescica o gli ureteri non siano stati lesi, quella dal ferro tagliente, dalle forbici o dalle dita e questi dalle legature e più facilmente dalle pinze a pressione. Per non parlare degli astri minori, lo Schroeder ha ne' suoi scritti affermato di avere ferita due volte la vescica ed Hoffmeyer una volta la vescica e l'uretere un'altra.

Il Boeckel, il Richelot, il Lannelongue, il Demons, ecc., operatori distintissimi, nelle loro statistiche contano casi di lesione dell'uretere e della vescica.

Io ritengo che il procedimento da me adottato di separare, forse con più pazienza e tempo, le aderenze vescico-uterine le prime, anzichè aprire la piega del Douglas e prima ancora di portare delle legature laterali, m'abbiano preservato finora da questo increscioso accidente. Staccato l'utero nelle sue adesioni superiori esso tende ad abbassarsi nella sua parte corrispondente al collo, mentre la vescica si ritira in alto e posteriormente e si allontanano, a mio parere, le estremità inferiori degli ureteri quando stanno per immettersi nella vescica. In questo modo il pericolo di rompere o legare questi condotti riesce minore.

Il fatto sta che in tutte le mie osservazioni non ebbi mai a deplorare fistole vescicali, idronefrosi e lesioni dell'uretere consecutive all'atto operativo. L'apertura del Douglas prima ed il capitombolo posteriormente semplificano al certo e facilitano molto la estrazione dell'utero, ma espongono pur troppo alle lesioni vescicali ed ureteriche. Per me il punto culminante dell'isterectomia vaginale sta nella separazione dell'utero dalla vescica. Entrato nel cavo peritoneale per questa prima via, ritengo l'atto operativo compiuto nel maggior numero dei casi, quando cioè non hanvi complicanze e reliquati di gravi infiammazioni antiche periuterine o degli annessi. Quindi a' miei colleghi che fanno le loro prime prove raccomando coscienziosamente questa pratica insistendo di non aver fretta, ma calma e pazienza nel distacco della vescica dal collo dell'utero.

Estensione del processo degenerativo.

Uno dei momenti più essenziali per l'operatore sta non solo nella diagnosi, sovente difficile ed oscura, dei neoplasmi, ma nella opportunità dell'atto operativo. È in questi momenti in cui spesso eccelle il tatto clinico e da cui dipende l'esito intero dell'operazione. Se il ginecologo nell'esame attento e ripetuto sotto la cloronarcosi ha esattamente rilevati i limiti della neoplasia, la natura della medesima, la estensione e le frequenti complicazioni, avrà difficilmente a lagnarsi di avere deliberato un atto operativo senza poi poterlo compiere al momento decisivo, oppure compiuto con pochissime speranze di riuscita o con lesioni postume incresciose e gravissime. Quindi questa ultima serie di accidenti operativi potrassi facilmente evitare se il chirurgo sarà prudente ed attento. Tuttavolta se le neoplasie, specialmente di cattiva natura, hanno oltrepassato il limite della

operabilità, bisogna avere la coscienza di astenersi dalla isterectomia. Si risparmieranno degli inutili tentativi, degli insuccessi sicuri e dei non frequenti casi di schoc o di emorragie prontamente fatali. Quando le infiltrazioni dei setti sono avanzate, quando i legamenti sono induriti e raccorciati, quando i parametrii non sono liberi, quando l'utero è fisso da probabile diffusione neoplasica, guardatevi dall'operare, chè anche il momentaneo successo porta al più rapido e sicuro insuccesso. In tutti questi casi è sempre ancora la miglior pratica quella di accontentarsi di una cura palliativa abbandonando la povera malata al suo destino. *Melius vi morbi quam vi remedii pereat.*

Indicazioni alla isterectomia

Benchè l'autorità ed il valore di eminenti ginecologi e chirurghi abbiano ancora, pochi anni fa, confinata la indicazione della isterectomia alle malattie cancerose, quali lo Schroeder, l'Hoffmeyer, il Freund, il Braun, il Billroth, ecc., i risultati ottenuti in questi ultimi anni hanno fatto fare dei passi rapidi a quest'atto operativo nel campo della ginecologia. Desso ha invaso molti capitoli della patologia muliebre ed ha, con positivi risultati, ristretto immensamente la sfera delle operazioni laparotomiche. Interessantissimo sarebbe lo studio coscienzioso degli atti operativi compiuti in questo ultimo quinquennio per le malattie dell' utero e degli annessi. L'entusiasmo, per non dire la febbre operatoria, che aveva, ancora pochissimi anni fa, destato la ovarosalpingectomia del Lawson Tait, sono cadute di fronte al potere invadente della colpo-isterectomia, e salvo eccezionali casi si può dire che quella ha ceduto completamente il posto a questa. I risultati messi a confronto spiegano luminosamente questo mutamento rapido e generale d'indirizzo terapeutico.

Già il Martin, uno dei più caldi e fortunati fautori della isterectomia vaginale, raccomandava ed eseguiva anni sono questa grave operazione in tutti i casi di metrorragie insistenti, da qualunque causa fossero determinati. Già il Leopold ed altri, parecchi anni fa la consigliavano nei prolassi completi dell'utero, benchè il Leopold stesso non sia convinto di riescire coll'isterectomia a guarire il prolasso. Ma chi ha portato una vera rivoluzione nel campo della ginecologia fu il Péan introducendo l'isterectomia contro i tumori benigni dell' utero anche in quei gravissimi casi in cui il

frazionamento diventa necessario per poter liberare la donna dalle vie naturali di neoplasie, che quasi sempre costavano la vita delle ammalate.

Al giorno d'oggi, per quanto abbiano scritto ed insegnato i grandi maestri nazionali ed esteri sulla opportunità dell'atto operativo, sui vantaggi migliori od eguali delle amputazioni sopravaginali (Schroeder e Hoffmeyer), seguite o no da profonde cauterizzazioni del moncone (C. Braun, Baker), sulla preferenza dell'operazione del Freund, secondo Rydygrier, Ahlfeld, Kaltembach, Novaro, ecc., in casi speciali; sui maggiori pericoli dell'atto operativo; sulle frequenti recidive nelle neoplasie di cattiva natura e su tutto quanto si è scritto in favore delle operazioni di plastica vaginale e di terapia conservativa... la colpo-isterectomia ha fatto in pochi anni più strada che non l'operazione cesarea in molti secoli. I casi non più isolati ma raccolti a centinaia, a migliaia, con coscienza e col massimo rigore scientifico ci confermano quanto abbiamo scritto nel principio di questo capitolo, che la isterectomia per *vaginam*, benchè abbia una storia recentissima, ha una storia di successi.

Oramai è ammessa, consigliata ed eseguita la colpo-isterectomia nei seguenti casi:

Neoplasmi maligni dell'utero ed annessi.

1° Nelle malattie cancerose in genere, nel cancro del collo, che parte, in generale, dal tessuto epiteliare (cancroide, carcinoma, epitelioma); nel cancro del corpo che parte generalmente dal tessuto ghiandolare (adenoma maligno, carcinoma mucoso, poliposo, fibroso); nel sarcoma dell'utero, che sorge dal tessuto connettivo sottomucoso (Schroeder), cioè il sarcoma della mucosa (vegetazioni diffuse), del parenchima o fibroso, a forma poliposa. In questa ultima categoria di cancri le metastasi o le diffusioni a zaffi sono rare e quindi meno facile e probabile la recidiva. Tenuto conto della sola statistica del Simpson, che dà in Inghilterra dal 1847 al 1861 n. 61715 donne morte di cancro, in confronto di soli 25633 uomini morti della stessa malattia nel medesimo periodo di 15 anni, si comprendono i tentativi secolari di tutti i medici del mondo per sradicare questa piaga che affligge il genere umano ed in modo speciale la donna. Difatti nella statistica generale delle affezioni cancerose un buon terzo delle donne soccombono per cancro dell'utero.

In ogni caso di degenerazione maligna dell'utero è duopo — sempre quando è possibile — assicurarsi, prima di operare, della natura del male con esami istologici e della estensione del medesimo. Deliberato l'atto operativo, tutte le più minute e rigorose precauzioni antisettiche, prima, durante e dopo, non sono mai troppe in queste malattie da infezione. I migliori risultati all'isterectomia lo danno il cancro del collo nel suo inizio, il carcinoma della mucosa cervicale ed il cancro del corpo (Hoffmeyer).

I risultati definitivi dell'isterectomia nel cancro sono ben lontani dagli immediati, ma quelli sono in rapporto alla natura del male, non all'atto operativo. Qualunque altra operazione o cura non può dare esito migliore. Tuttavia le guarigioni radicali, permanenti del cancro, quando si giunga a tempo nell'operare, si contano non più ad unità od a decine, ma a centinaia. E questi casi di successo sono più che sufficienti per autorizzare in modo assoluto, indiscutibile, l'operazione.

Adenoma benigno.

2° È provato che l'endometrite ghiandolare ipertrofica, che resiste ai ripetuti raschiamenti da più mesi, ha tendenza a trasformarsi in epitelioma (adenoma benigno in adenoma maligno secondo la scuola tedesca). Or bene, in questi casi, per bene confermati, l'atto operativo radicale è indicato ed il chirurgo, assicurato da ripetuti esami microscopici, farà bene di operare. È opera più saggia prevenire in tempo che intervenire quando la malattia ha portato le funeste conseguenze della sua diffusione ed infezione.

Malattie croniche dell'utero.

3° In tutti quei casi in cui la lesione dell'utero ha resistito per mesi ed anni alle cure più razionali, come nelle metriti parenchimatose, emorragiche e dolorose, con nevralgie utero-ovariche accentuate, con denutrizione progressiva, con disordini nelle funzioni mestrue, ecc., l'isterectomia è indicata. Il Péan fra i primi, il Pozzi, il Segond, il Sänger, il Leopold e, fra noi, quasi tutti i primari operatori l'hanno praticata ed hanno ottenuto i migliori risultati. Sonvi già non poche osservazioni in cui la stessa operazione del Battey non riescì a troncare le sofferenze utero-ovariche, mentre l'isterectomia praticata più tardi ha portato la guarigione duratura. Ciò confermerebbe l'opinione di non pochi ginecologi, i quali ritengono che la sede dei dolori spesso si trovi nell'utero più che nelle ovaia.

Fibromi, fibromiomi e corpi fibrosi.

4° L'isterectomia vaginale nei tumori fibrosi dell'utero è entrata oggigiorno nella pratica ordinaria della chirurgia ginecologica. Consigliata ed eseguita fra i primi dal Péan in Francia, dessa fu eretta a metodo classico dal Kottmann e ha sostituito, in tutti i casi di operabilità, la castrazione ovarica e l'isterectomia addominale ed addomino-vaginale. Il Demons, il Sänger, il Martin, il Mandach, il Gavilan, il Leopold, il Richelot, il Terrier, lo Spaeth, il Pozzi, ecc., e da noi quasi tutti i chirurgi e ginecologi l'hanno adottata con risultati che non si potrebbero desiderare migliori. Uno sguardo alla statistica da me raccolta è più che sufficiente a provare il mio asserto.

Benchè l'indicazione all'atto operativo qui sia ristretta ai tumori di piccolo e medio volume, tuttavia col frazionamento, indicatissimo nei fibromi voluminosi, si può riuscire dalla via vaginale ad esportare masse neoplastiche ragguardevoli. Bischoff, Fritsch e Bottini, che hanno tentato l'esportazione di enormi tumori, quando la riuscita è dubbia, completano l'atto operativo colla laparotomia. Nella fattispecie l'emostasi dev'essere rigorosa e sicura, poichè le emorragie sono gravissime e prontamente fatali per lo sviluppo straordinario dei vasi uterini ed utero-ovarici.

Retrodeviazioni dell'utero.

5° Quando non siano possibili o non riescano l'operazione di Alexander e l'isteropexis addominale e siano ribelli ad ogni risorsa terapeutica, le retrodeviazioni fisse e dolorose possono richiedere l'isterectomia vaginale, e le osservazioni del Pozzi e le nostre confermerebbero pienamente la presa deliberazione.

Prolasso completo dell'utero.

6° È solo nei casi estremi, cioè nei prolassi di terzo grado con fuoriuscita dell'utero ed ulcerazione del medesimo, che il ginecologo è autorizzato a togliere l'utero e gli annessi e non di rado parte della vagina per ovviare alle turbe, spesso gravi, provocate da tale uggiosa infermità. Benchè il Leopold non abbia a lodarsi dell'isterectomia per guarire i prolassi vaginali ed il Müller abbia dovuto sopra tre operate due volte ricorrere, dopo l'atto operativo, alla colporafia per combattere il prolasso della vagina, io ritengo, e con me non pochi operatori, che l'isterectomia vaginale in questi casi estremi sia la migliore risorsa terapeutica. Ne' miei cinque o sei casi operati, finora, per quanto mi sappia, non avvenne recidiva del prolasso.

Il Baumgärtner riferisce d'avere osservato dopo l'operazione un caso di ernia vaginale; ma questo è un fatto accidentale ed eccezionale, che non può infirmare la regola. Kehrer invece afferma che, in casi di prolasso recidivante alla plastica vaginale, ottenne la guarigione duratura colla isterectomia. Asch poi riporta otto casi di successo completo eseguiti alla clinica del Fritsch, il quale combina colla isterectomia una larga resezione della vagina. Braun, dopo inutili operazioni plastiche, esportò l'utero con successo. Il Pozzi riferisce un caso d' isterectomia unita alla colporafia anteriore e posteriore con esito sicuro. Ormai tutti gli operatori annoverano casi di guarigione permanente di antichi e gravissimi prolassi colla colpo-isterectomia. In questi casi però, per avere maggiore probabilità di successo, occorre sezionare anteriormente e posteriormente un lembo della mucosa vaginale.

Inversione uterina.

7° Benchè l'amputazione sotto-vaginale dell'utero inverso dia dei buoni risultati in tutti quei casi di inversione cronica ed irreducibile, tuttavia ritengo col Pozzi che l'isterectomia totale sia più indicata e razionale. Nessun caso d'inversione venne finora al nostro ospedale operato colla colpo-isterectomia, ma ho la convinzione che questa dia migliori e più pronti risultati della amputazione parziale.

Ovaro-salpingiti

8° Basandosi sulla statistica del Segond, che dà una mortalità del 12,5 per % per l'isterectomia vaginale nella lesione degli annessi, il Pozzi respinge questo atto operativo per dare la preferenza alla laparotomia (metodo L. Tait). La media della mortalità riguarda 64 casi di isterectomie per salpingo-ovariti raccolti dal Péan. La preferenza del Pozzi è pure basata sulla riflessione che la laparotomia può essere esplorativa nei casi dubbi, mentre l'isterectomia vaginale lo è mai. Egli quindi adotta e consiglia la laparotomia in tutti i casi di annessi enucleabili (salpingiti catarrali con o senza degenerazione sclero-cistica dell'ovaia, salpingiti parenchimatose, emato idro e pio salpingiti libere). Ammette solo l'isterectomia in qualche caso di ascessi pelvici e di essudati ovaro-salpingei. Ebbene, la statistica di circa 200 casi di isterectomia per *vaginam* per lesione degli annessi da me raccolta, messa in confronto con quella del Tait, è tutta in favore dell'operazione di Czerny. In questa mia statistica la mortalità è dell'uno per cento, mentre

quella per via laparotomica è del 12 al 15 per cento in media. Per certo non v'ha paragone fra i pericoli che corre un'operata per ovaro-salpingite dalla via vaginale od addominale. I versamenti dei liquidi contenuti nelle salpingi e nelle ovaia (siero, sangue, pus) nel cavo peritoneale, le lunghe manovre richieste per isolare ed esportare gli annessi, le estese lacerazioni peritoneali, la permanenza nell'addome delle legature, il drenaggio, ecc., sono tante cause possibili di infezione e di insuccesso, che quasi non esistono dalla via vaginale, quand'anche s'incontrino grandi difficoltà ad isolare ed enucleare i tumori degli annessi. Io quindi sono intimamente convinto che la via vaginale sia sempre da preferirsi in tutti i casi sia di tumore mobile che di estese aderenze ed essudazioni.

Ascessi pelvici.

9° Anche negli ascessi pelvici il Péan ha proposto l'isterectomia vaginale e l'estirpazione del focolaio intiero. Quando ciò riesce possibile, nessuno mette in dubbio la razionalità del processo. Ma pur troppo in questi casi, quando l'utero è inchiodato dagli essudati solidi, bisogna accontentarsi di esportare l'utero, ed in caso di raccolte, di svotare gli ascessi per applicarvi un drenaggio. In tutti questi casi l'esito è superiore ad ogni aspettazione, ed in generale le operate guariscono rapidamente dell'atto operativo e completamente delle gravissime sofferenze cui erano condannate prima dell'operazione.

In questa isterectomia detta evacuatrice la forcipressione dà i migliori risultati. Il Pozzi in questi casi consiglia di sezionare: 1° la faccia anteriore e posteriore dell'utero; 2° i legamenti larghi; 3° dividere l'utero in due valve anteriore e posteriore; 4° estirpazione delle due valve.

Nevropatie gravi.

10° Perchè l'operatore possa prendere la grave deliberazione di ricorrere alla istero-salpingo-ovariectomia vaginale nei casi di nevropatie che hanno resistito per anni a qualunque cura, è d'uopo che l'esame attento abbia lasciato una convinzione nell'animo trattarsi realmente di disordini riflessi da perturbata funzionalità dell'apparato utero-ovarico. È pure necessario, in questi casi, che i disordini determinati dalle alterazioni locali non abbiano ancora perturbati profondamente i centri nervosi, da non lasciar speranza di guarigione, quand'anche siano tolte le cause prime della malattia.

In questi casi, non tanto frequenti, l'atto operativo radicale può portare di fatti un insperato successo. La mia XXI osservazione è una conferma delle più patenti di questa asserzione. L'operata da più anni era stata sottoposta a tutte le cure raccomandate dai nevropatologi, non escluse quelle speciali degli istituti per le malattie mentali. Or bene, sono trascorsi più di quattro mesi dall'operazione e la forma gravissima di nevrosi con accessi a tipo catalettico non si sono più ripetuti e la signorina, eccetto l' insonnia remittente, gode di buona salute. L' indicazione quindi all'atto operativo è in questi casi fuori di ogni dubbio e già non pochi operatori hanno registrato dei successi incontestabili e duraturi. Anzi, per le ragioni altrove esposte essendo probabile che non poche nevropatie riflesse abbiano la loro sede ed il loro punto di partenza nell' utero più che nelle ovaie, l'operazione del Battey è confinata ad eccezionali contingenze e quando questa è indicata viene in generale sostituita dalla colpo-isterectomia, la quale, anche per gli esiti, per l'operazione in sè, è meno pericolosa, dando una percentuale di mortalità molto inferiore a quella della castrazione ovarica.

Tubercolosi dell'utero.

11° Nella tubercolosi dell'utero è pure indicata l'isterectomia vaginale, sempre quando il volume del medesimo non richieda l' isterectomia addominale o l' amputazione sopra-vaginale cogli stessi criterii terapeutici della isterectomia nei tumori dell'utero.

Precauzioni operative.

Da tutto ciò che abbiamo riferito si comprende quante e quali debbano essere le precauzioni dell'operatore prima di accingersi all'atto operativo. Oltre alla diagnosi esatta della malattia devesi badare alla opportunità della operazione ed al momento clinico in cui si deve eseguire. Le condizioni materiali e morali dell'operanda, l'età in cui si trova, la posizione sociale e famigliare, lo stato di salute, lè malattie sofferte, il modo di funzionare del cuore, del fegato, dei reni, ecc., sono tanti fattori di cui deve tenere rigoroso conto il ginecologo per la prognosi operativa. Tuttavolta dalla ponderata misura di questi vari fattori ne emerga un concetto clinico poco favorevole al risultato definitivo, è più saggio indirizzo peccare per eccessiva prudenza che per troppa audacia.

Antisepsi ed asepsi.

Parmi qui sia appena il caso di accennare alle rigorosissime precauzioni che il chirurgo deve prendere prima, durante e dopo l'operazione, perchè l'operanda e l'operata, il personale sanitario e gli aiuti trovinsi nell'ambiente il più puro ed il più sterile per gli agenti infettivi. Come nelle laparotomie, essendo anche questa una laparotomia (per *vaginam*), nulla dev'essere trasandato, nulla dimenticato, chè la più piccola trascuranza può costare la vita dell'operata. La camera dove si opera, il tavolo o letto d'operazione, i mobili, i vestiti, i recipienti, gli strumenti, gli oggetti tutti necessarii all'atto operativo ed alle medicazioni devono subire una attenta e rigorosa disinfezione, quand'anche abbiasi la certezza del loro stato di asepsi. Sovratutto gli aiuti indispensabili all'operatore devono in ogni loro manovra dimenticare mai che l'infezione è possibile per qualunque piccola imprudenza possa accadere. Si ricordi in ogni momento, specialmente negli ospedali e nelle sale chirurgiche che l'asepsi e l'antisepsi devono regnare sovrane.

Cura consecutiva.

Decubito dorsale rigoroso per una settimana. Urinazione spontanea o cateterismo frequente, a seconda dei casi. Alimentazione liquida. Evacuazione dell' intestino al quinto o settimo giorno con blandi lassativi. Salvo casi speciali od accidenti impreveduti, il primo drenaggio può stare anche otto giorni prima di essere cambiato. Le legature non devono essere tolte prima del quattordicesimo giorno e sempre senza violenza. Recisi i nodi, se si incontra resistenza eccessiva si attenda qualche giorno. In generale i fili cadono spontaneamente. Se la breccia vagino-peritoneale non fu del tutto chiusa, si rinnovi il drenaggio sempre meno profondamente. Al primo rialzo di temperatura se la breccia è chiusa si riapra in basso, ed in generale la fuoriuscita di poco pus o liquido siero sanguinolento rimette la temperatura alla norma. Se nelle prime 24-48 ore il drenaggio apparisce intriso di sangue o siero sanguinolento, si cambi colla massima cautela per non rompere i coaliti e per non aprire qualche porta alla infezione secondaria. Se appare emorragia in qualunque momento dopo l'operazione, si tolga ogni drenaggio, possibilmente si ricerchi la sorgente e si applichi qualche pinza a forcipressione che vien tolta 24 ore dopo. Se durante l'operazione vennero applicate delle pinze emostatiche e lasciate a dimora, vanno liberate 24 ore dopo se applicate in basso e 48 ore dopo quando sono applicate sui

legamenti larghi o sui peduncoli laterali. Pel drenaggio noi usiamo la garza jodoformica e ne siamo soddisfatti. In Francia si preferiscono i tubi in gomma. In Inghilterra sono molto usati i tubi in vetro. Martin a Berlino adopera un tubo in gomma della forma di croce.

Riguardo alla dietetica post-operativa, le raccomandazioni ed i riguardi non sono mai troppi. Si ricordi sempre che un disordine dietetico, indipendentemente dall'atto operativo, può essere fatale, quand'anche sian passati i pericoli dell'etero-infezione ed in casi in cui la breccia sia chiusa. Per conto mio, i soli due casi con esito infausto (che non so porre a carico della isterectomia, poichè nulla localmente poteva lasciar temere complicazioni pericolose) ritengo causati da disordini gastro-intestinali al 10°-12° giorno dopo l'operazione.

L'alimentazione solida sopratutto sia rigorosamente bandita nelle operate d'isterectomia per tutto il tempo in cui sono tenute a letto.

La guarigione in generale è assicurata dopo tre o quattro settimane se la breccia è suturata. Nei casi in cui si mantiene aperta può richiedersi una settimana di più, ma sono meno frequenti e pericolosi i focolai e le raccolte di pus nei parametrii e nel basso fondo peritoneale. I bottoni vegetanti durante la cura della ferita vanno cauterizzati. L'Hoffmeyer ha trovato dopo anni dall'operazione di questi bottoni fatti dalla mucosa tubaria proliferante e confermati nella loro natura dall'esame accurato del microscopio.

L'operata si alza in generale dal 15° al 20° giorno. Dopo un mese nei casi normali la donna riprende le sue ordinarie occupazioni. In questi casi, come afferma lo Schroeder, il decorso della isterectomia vaginale è identico a quello di una partoriente con puerperio normale.

Non di rado però, nei casi in cui, per esagerato volume dell'utero o dei tumori o per la estensione dei neoplasmi, il trauma periuterino fu grave, possono sopravvenire complicazioni di non poco momento. La vescica in special modo è quella che più facilmente risente gli effetti del trauma nella parte in cui fu necessaria una estesa dissezione cioè verso il trigono vescicale. Cistiti catarrali, purulente, cistalgie dolorosissime e renitenti a tutti i mezzi si appalesano in questi casi, in cui è necessario mantenere un riposo

assoluto, una rigorosa dieta ed una efficace cura. Spesso bastano le lavature boriche, non di rado occorre ricorrere alle iniezioni caustiche ed ai potenti narcotici. In generale si riesce a trionfare anche di queste turbe ed a ridonare completa salute all'operata.

Dal lato del retto, salvo la coprostasi quasi abituale e che bisogna combattere specialmente colle lavature (enteroclismi), nulla succede d'inquietante. Rarissimamente pure succede una suppurazione con raccolta dei peduncoli o del tessuto cellulare lasso della piega del Douglas che richieda la riapertura della breccia.

Ristabilita in salute, la donna entra in piena età critica e richiede, nella assistenza dei disturbi a questo stato precoce, le medesime precauzioni ed i medesimi mezzi igienici e terapeutici per la menopausa indicati.

III.

STATISTICA ESTERA E NAZIONALE.

Statistica estera

I risultati immediati della colpo-isterectomia sono migliori di ogni altra grande operazione. La lunga pratica li fa splendidi (HOFFMEYER). Questo parere dell'illustre professore di ginecologia in Würzburg è tanto più importante in quanto si sa come egli sia restio all'operazione radicale nelle lesioni maligne del collo dell'utero; difatti egli ritiene ed insegna tuttodì che l'amputazione sopra-vaginale sia sovente sufficiente, più facile e molto meno grave. Controindica poi in modo assoluto l'atto operativo quando vi siano infiltrazioni periuterine.

Due anni dopo l'operazione del Freund le recidive per cancro furono quasi generali mentre un terzo delle operate per vaginam *dopo due anni era ancora esente da recidiva* (SCHRÖDER — *Neoplasmi dell' utero*, pag. 320). L'asserzione del compianto ginecologo di Berlino ha pure grandissimo valore per l'epoca in cui fu manifestata, nei primordi dell'isterectomia vaginale, e per le convinzioni conservative ben note dell'illustre professore.

L'amputazione del collo seguito da cauterizzazioni profonde del moncone (Schroeder, Carl Braun, e Baker) avrebbe dato i seguenti risultati: Su 150 operate, 15 soccombettero in conseguenza dell'operazione, 40 andarono esenti da recidiva un anno dopo, 34 dopo due anni, 2 dopo 12 anni ed 1 dopo 19 anni e mezzo. Mortalità immediata e mediata di molto maggiore a quella data dalla colpo-isterectomia.

Questa nel 1883 aveva dato al Saenger, sopra una statistica di 133 casi, la mortalità del 28,6 per %. Kaltenbach nel 1885 riportava 257 casi di operazioni colla mortalità del 23 per %. Martin al Congresso di Washington cita 311 atti

operativi di sei operatori diversi col 15,1 per % di insuccessi, mentre lo Schroeder sopra 34 operate porta 9 morti cioè il 26 per %, Hoffmeyer presenta una statistica di 336 casi di nove primari operatori di Germania, tutti relativi ad isterectomia per cancro, con soli 37 morti. La sua statistica particolare, una delle migliori pubblicate, dà 4 decessi su 42 operate, mentre l' ultima dello Schroeder conta ancora 12 insuccessi sopra 60 operate. Malgrado questi risultati già soddisfacenti l'Hoffmeyer ritiene l'isterectomia vaginale grave quanto la laparotomia addominale.

In Francia dalla dissertazione del Brunner pubblicata nel 1884, risulta che i casi d' isterectomia vaginale conosciuti prima del 1877 non erano più di 33 con una mortalità dell'82 per %; dal 1877 al 1884 sono registrati 146 casi col solo 33 per % di mortalità.

Mundè sopra 255 casi raccolti in Europa ed in America dal 1879 (epoca in cui Czerny fece conoscere il suo metodo) sino al 1884 riporta 72 decessi, cioè il 28,2 per % di mortalità; Duncan sopra 276 operazioni raccolte sino al 1885 segna il 28,6 per % di mortalità; Hache sino al 1887 ebbe il 24,47 per %; Martin alla fine del 1885 in una statistica di 311 operazioni compiute da Fritsch (66), Leopold (42), Olshausen (47), Schroeder ed Hoffmeyer (74), Stande (22) ed A. Martin (66) registrò 47 morti, cioè il 15,1 per cento.

In questi ultimi anni la mortalità decresce ancora e Leopold nella sua ultima serie di 80 operazioni non conta che il 5 per cento di morti e nei 53 casi di Kaltenbach la mortalità raggiunge appena il 4 per % e De Ott nel 1889 riporta un decesso su trenta operate e nelle recentissime statistiche francesi e belghe, troviamo il 98 per cento di guarigione su 300 casi operati dal Péan e presso a poco il medesimo successo nelle operate del Doyen di Reims, il quale riferisce di non avere perduta che una sola operata sopra 33 isterectomie vaginali (*Septième Congrès de Chirurgie*, Paris 1893).

Questi risultati tolgono ogni dubbio sulla scelta dell' operazione; ed anche quando abbiasi fondata speranza che il cancro è limitato al collo dell' utero è sempre da preferirsi all'amputazione parziale che in fin dei conti non dà risultati migliori e fa correre pressochè lo stesso pericolo alle operande.

Certamente i risultati remoti dell'operazione per la categoria *cancro* non sono così incoraggianti, ma trattandosi di malattia fatale a quanti sono colpiti, la salvezza di pochi autorizza il cruento tentativo del chirurgo per strappare qualche vittima alla morte.

Gli esiti remoti dell'atto operativo nei cancri dell'utero sarebbero approssimativamente rappresentati dalle seguenti cifre.

Secondo Schroeder si avrebbe il 24 per cento di guarigioni definitive.

L'Hoffmeyer darebbe il 66 per cento di guarigioni durevoli poichè la recidiva è sempre possibile.

Lo Schauta di Praga, dà invece il 47,5 per cento di guarigioni.

Il Pozzi sopra cento operate dà la seguente statistica: 23 soccombono per l'atto operativo; 51 fra 3 mesi e 2 anni per recidiva; 26 si possono calcolare ancora guarite due anni dopo.

Benchè in questo campo sia ancora più difficile di raccogliere cifre esatte, trattandosi di operate che in buona parte sfuggono alla osservazione tardiva degli operatori vedremo quali siano i risultati della statistica italiana da me raccolta colla massima accuratezza possibile.

Statistica italiana.

Per riescire allo scopo, invece di raccogliere semplicemente quanto fu pubblicato sui resoconti clinici, sui periodici medici o sulle monografie, ho creduto bene di attingere direttamente alla fonte richiedendo gli operatori delle loro statistiche particolari. Per ciò ho scritto, e qualche volta ripetutamente, a' miei colleghi d' Italia i quali nel maggior numero dei casi con gentilezza e premura corrisposero alle mie domande sul *numero* delle colpo-isterectomie eseguite; sulle *malattie* che hanno determinato l' atto operativo, divise in sei classi (cancro, malattie degli annessi, dell'utero, metriti croniche, fibromiomi dell'utero, prolassi gravi e nevropatie); sull'*esito* prossimo e remoto delle operazioni e su tutte quelle *osservazioni* che riputassero opportune relative al metodo operativo, agli accidenti postoperativi, alle complicanze ed alle cause dei decessi.

Per porgere a tutti una parola di ringraziamento ricordo qui i colleghi a cui ho scritto: Acconci, Ballotta, Bassini, Bastianelli, Bergesio, Biondi, Bompiani, Bossi, Bottini, Car-

bonelli, Calderini, Carle, Casati, Cavazzani, Caselli, Ceci, Chiarleoni, Cosentino, Caponotto, Cuzzi, D'Antona, De-Cristoforis, Durante, Federighi, Franzolini, Frascani, Frattina, Fabbri, Guzzoni degli Ancarani, Inverardi, Jemoli, Latorre, Mangiagalli, Mereu, Morisani, Mazzoni, Marocco, Minati, Madruzza, Novaro, Negri, Novi, Parona, Peruzzi, Pantaleo, Pasquali, Pestalozza, Peruzzi, Pennino, Postempsky, Pugliatti, Romiti, Roth, Ruggi, Salio, Spinelli, Superno, Tansini, Tibone, Tricomi, Truzzi, Valerani, Vecelli e Zamboni.

I risultati delle mie indagini hanno ritardato la pubblicazione di questo contributo, ma hanno pienamente corrisposto allo scopo precipuo del medesimo, di far conoscere cioè come l'Italia in questa nuova via camminasse di pari passo colle nazioni sorelle e come anche in questo campo dessa tenesse alto lo stendardo della scienza, della operosità e del progresso moderno.

I casi raccolti d'isterectomie vaginali da Torino a Palermo raggiungono, come potete rilevare dal quadro statistico qui unito, la cifra di 1035, cifra più che sufficiente per dimostrare il valore nazionale, l'importanza dell'atto operativo e la sua prevalenza sopra tutti gli altri finora escogitati ed eseguiti in ginecologia per guarire malattie gravi e mortali.

I 1035 casi sono così ripartiti:

553 per malattie cancerose del collo e del corpo dell'utero;
181 per lesioni gravi degli annessi;
125 per tumori benigni dell'utero;
87 per malattie croniche dell'utero;
70 per prolassi di terzo grado vagino-uterini;
19 per gravi nevropatie.

L'esito complessivo delle isterectomie vaginali è il seguente:

Guarigione prossima 969, decessi 66;
Guarigione remota 869, decessi 166.

Cioè per il primo esito la mortalità è del 6,81 %; per il secondo del 19,10 %.

Certamente l'esito remoto è di gran lunga maggiore per la categoria cancro, poichè per più della metà dei casi operati non se ne fece cenno dagli autori nelle loro comunicazioni.

Difatti, se noi teniamo conto degli esiti remoti disastrosi esattamente registrati dal Durante di Roma che su 51 operate di epiteliomi, 43 erano morte per recidiva, entro due anni, il numero totale dei decessi in ultima analisi dovrebbe essere enorme. E da tali cifre certamente l'operatore è poco incoraggiato per ritentare le prove! Tuttavia, io ripeto, in questa fattispecie gravissima di malattie infettive e sempre mortali, la salvezza constatata dopo molti anni dall'atto operativo in non pochi casi di cancro e da coscienziosi esami istologici confermati prima e dopo l'operazione, sono più che sufficienti per autorizzare il chirurgo ad intervenire.

Senza ricordare i non pochi casi di cancro constatati da molti autori e guariti tuttora dopo una lunga serie di anni dall'operazione, quelli citati nella nostra statistica del Biondi, del Bottini, del Cavazzani, del Franzolini, del Frattina (2 casi in vita dopo 11 anni dall'operazione), del Novaro, del Romiti, del Ruggi, del Tibone, del Carle, del Bergesio e miei, confermati dall'esame microscopico prima e dopo l'isterectomia, hanno un valore indiscutibile per autorizzare l'atto operativo.

Per altra parte, se nelle malattie cancerose l'operatore trova male compensati il suo ardire e l'opera sua paziente ed ardua, ha nel campo nuovo delle lesioni di natura benigna aperta una via che esuberantemente lo compensa nei successi della isterectomia vaginale. Difatti, scindendo la nostra statistica in due grandi categorie di malattie cancerose e benigne, abbiamo per la prima, cioè pel cancro, n. 553 casi con 52 decessi prossimi e 152 remoti, mentre per la categoria seconda delle malattie di buona natura abbiamo n. 482 casi con soli 14 decessi prossimi e nessuno remoto, cioè meno del 3 $^0/_0$ di mortalità; statistica questa che, per l'importanza dell'atto operativo e per essere il risultato dei primi tentativi, può dirsi splendida per l'Italia.

Volendo ancora indagare nella nostra statistica la parte più moderna dell'operazione di Czerny che riguarda le affezioni benigne dell'utero e degli annessi abbiamo di che rallegrarci mettendo le cifre di mortalità in confronto con quelle che, oggidì ancora presso molti operatori e pochi anni fa presso tutti, venivano registrate. Apriamo tutti i trattati di ginecologia dal 1885 al 1894 e troviamo:

1° per l'amputazione del collo, su 141 operazioni pra-

ticate dallo Schroeder 10 casi di morte (V. Hoffmeyer, pag. 209);

2° per la salpingotomia, su 161 casi di Hegar, Martin, Gusserow, Meinert, Kaltenbach, Leopold, Tait, Weit, Hoffmeyer (1889), n. 20 casi di morte. Schlesinger, su 274 operazioni ha l'8,76 %; il Martin il 20; Zweifel il 5; Westermark, su 498 casi raccolti, indica l'8,23; Lusk il 3; Gusserow il 3,3; Landau il 2. Secondo il Pozzi, Championnière a Parigi, su 75 operate, un solo decesso; Le Dentu 1 su 34; Terrillon, su 140 casi, 9 morti; Bouilly 9 decessi su 79 operate; su 18, Segond non ha morti; Pozzi, su 135 operate dal 1889 al 1892, 6 decessi;

3° per la miomotomia Gusserow dà il 24 % di mortalità, Kaltenbach il 35, l'Hoffmeyer il 23,6, l'Hegar il 33, il Braun il 18, l'Olshausen il 32, il Martin il 20 circa, il Gavilan il 14,28;

4° per le infiammazioni croniche dell'utero non vi ha confronto essendo malattie che ben di rado determinavano l'operatore a compiere per via addominale operazioni radicali;

5° per la stessa ovariotomia, quantunque abbiansi in Italia statistiche molto più lusinghiere (V. Centurie del Peruzzi), lo Spencer Wells aveva il 20 % di morti; il Keith il 10; il Köberlè il 23; il Tait il 9; l'Olshausen il 12; il Thornton il 5; Dohrn il 4; Terrier, a tutto 1889, su 200 casi ebbe il 18,5 %; Terrillon, sopra 278 ovariotomie dal 1880 al 1892, registra la percentuale di 8,6 di mortalità;

6° per la castrazione, Hegar, che l'ha praticata 132 volte ebbe 16 decessi, cioè il 12 % di mortalità, il L. Tait ha il 7 d'insuccessi, il Mueller il 5, il Martin 2 morti su 12, Fritsch una sopra 11, Olshausen 4 su 21, Tissier su 171 operate 25 decessi, cioè il 14,6 %. Segond e Terrillon in pochi casi (9) di castrazione per tumori dell'utero non ebbero alcun decesso;

7° pei prolassi vagino-uterini curati sempre colla colporafia, colla perineorafia e coll'isteropessi non puossi avere statistiche di confronto. È certo però che la ventro-fissazione dell'utero nei casi di gravi e fisse retrodeviazioni e di prolassi, come la stessa operazione di Alexander, non hanno statistiche migliori, sia per l'esito che per la riuscita per tutti quei casi in cui è indicata la colpo-isterectomia;

8° infine, per le gravi nevropatie collegate a lesioni spesse volte non reperibili nell'apparato utero-ovarico la sola castrazione, di cui era consigliata in casi eccezionali l'attuazione, non può stare a termine di paragone colla isterectomia vaginale.

Conchiudendo per queste varie specie di malattie *boni moris* la colpo-isterectomia ci dà nella nostra statistica i seguenti risultati:

181 casi di lesioni gravi degli annessi, 175 guarigioni e 6 decessi = 3,31 % mortalità;

125 casi per fibromi e fibromiomi, 124 guariti e 4 morti = 3,20 %;

87 casi di malattie infiammatorie croniche dell'utero, 2 decessi e 85 guarigioni = 2,29 %;

70 casi di prolassi gravi di terzo grado dell'utero e della vagina e nel maggior numero di essi con fuori uscita ed ulcerazione del collo, 69 guarite ed 1 decesso, colla percentuale dell'1,42;

19 forme incurabili di nevropatie riflesse con nessun decesso.

Ora, volendo esprimere un parere sui risultati di queste cifre abbastanza importanti messe a confronto con tutte quelle delle altre nazioni, non possiamo a meno di confermare il giudizio espresso in principio di questo lavoro, che cioè l'isterectomia vaginale in tutti i casi in cui l'indicazione è rigorosamente stabilita, deve avere la preferenza su qualunque altro atto operativo che richieda la laparotomia addominale; che la medesima, per le stesse malattie, fin dai primi tentativi ha dato risultati superiori alle molte operazioni che da secoli sono studiate, praticate e perfezionate; che la statistica, benchè tutta recente ed ottima, può ancora migliorare in avvenire e toccare, specialmente per le malattie non cancerose, quell'ideale che forma l'aspirazione continua della chirurgia operativa; ed infine che, nonostante i tardivi insuccessi per le affezioni cancerose, l'isterectomia vaginale deve essere praticata sempre quando abbiasi la convinzione, anche relativa, della localizzazione del morbo nell'organo che si vuol demolire.

COGNOME E NOME DEGLI OPERATORI	MALATTIE DETERMINANTI L'ATTO OPERATIVO						TOTALE OPERAZIONI
	Cancro	Malattie degli annessi	Metriti croniche	Fibromiomi dell'utero	Prolassi gravi dell'utero	Gravi nevropatie	
ACCONCI LUIGI di *Genova* . . .	8	31	5	6	—	—	50
BASSINI di *Padova*	—	—	—	1	2	—	3
BASTIANELLI di *Roma*	9	2	—	—	—	—	11
BERGESIO L. di *Torino*	7	9	7	9	8	—	40
BERRUTI G. di *Torino*	12	10	5	7	4	2	40
BIONDI di *Cagliari*	3	—	—	—	1	—	4
BOMPIANI di *Roma*	14	1	2	2	3	2	24
BOSSI L. M. di *Genova*	5	—	—	—	1	—	6
BOTTINI di *Pavia*	14	—	1	10	—	—	25
CARBONELLI di *Torino*	1	1	1	—	1	—	4
A riportarsi	73	54	21	35	20	4	207

ESITO DELLE OPERAZIONI				OSSERVAZIONI
PROSSIMO		REMOTO		
Guarite	Morte	Guarite	Morte	
50	—	48	2	Fra le guarite avvene 3 migliorate, 2 di cancro e 2 per lesioni degli annessi. — Fra le morte per esito remoto nota 2 sole per recidiva di cancro.
3	—	2	1	L'operata di fibro-mioma morì 2 anni dopo per polmonite. — Nei casi di cancro avanzato sconsiglia l'atto operativo.
10	1	4	7	Da comunicazione epistolare 6 maggio 1894; delle morte, 7 per cancro, di cui 6 recidivanti, mentre 2 vivono operate da più di tre anni.
38	2	35	5	Una delle morte riguarda un caso di affezione cancerosa diffusa. Una morì 15 giorni dopo per polmonite; una 10 giorni dopo per cardiopatia ed una in conseguenza dell'atto operativo.
39	1	36	4	2 decessi ebbero luogo al 12° giorno dopo l'operazione per disordini gastro-enterici e quindi non necessariamente dipendenti dall'atto operativo. — Il decesso remoto ebbe luogo un anno dopo per recidiva di cancro. Un decesso solo fu conseguenza di infezione post-operativa.
4	—	3	1	Un decesso un anno dopo per recidiva del cancro. La 1ª operata di cancro confermato dall'esame microscopico quattro anni fa è tuttora in ottima salute.
21	3	16	8	Dalle note Spinelli, pag. 385, traduz. trattato del Pozzi e da comunicazione epistolare 8 maggio 1894.
6	—	3	3	3 morte per recidiva entro un anno. — 2 vivono benchè operate da più di un anno.
16	9	16	9	Dei 10 casi di fibromi, in 8 vennero completate le isterectomie colla laparotomia. — Delle morte 2 soccombettero nel giorno stesso dell'operazione per emorragia. — Una operata colla galvanocaustica guarì. — (Comunicazione epist. 16 aprile 1894).
4	—	3	1	Operate alla clinica ostetrica ginecologica diretta dal prof. Tibone. — La recidiva avvenne nel caso di cancro.
191	16	169	38	

COGNOME E NOME DEGLI OPERATORI	MALATTIE DETERMINANTI L'ATTO OPERATIVO						TOTALE OPERAZIONI
	Cancro	Malattie degli annessi	Metriti croniche	Fibromiomi dell'utero	Prolassi gravi dell'utero	Gravi nevropatie	
Riporto	73	54	21	35	20	4	207
CALDERINI GIOVANNI di *Parma* .	23	—	—	2	1	2	28
CARLE di *Torino*	70	7*	8	11	2	—	98
CASATI EUGENIO	3	—	1	1	—	1	6
CASATI LUIGI di *Forlì*	1	—	—	—	1	—	2
CAVAZZANI GUIDO di *Venezia* . .	3	—	—	—	—	—	3
CECI A. di *Genova*	5	—	—	4	1	—	10
CHIARLEONI di *Catania*	18	2	1	7	—	—	28
COSENTINO di *Palermo*	5	—	1	—	—	—	6
D'ANTONA di *Napoli*	12	—	—	—	—	—	12
A riportarsi	213	63	32	60	25	7	400

ESITO DELLE OPERAZIONI				OSSERVAZIONI
PROSSIMO		REMOTO		
Guarite	Morte	Guarite	Morte	
191	16	169	38	
26	2	26	2	2 decessi in operate di cancro. — Delle 28 operazioni, una fu eseguita dall'aiuto dott. Crosti. — Il metodo usato di Olshausen.
92	6	92	6	11 enucleazioni o *morcellement* dalla vagina di miomi. — * Indicate per suppurazioni pelviche nella comunicazione dell' aiuto dott. Giuseppe Fantino. Delle morti, 5 appartengono ai cancri ed 1 a metrite e pelvi cellulite.
5	1	4	2	Decesso in caso di carcinoma per peritonite settica.
2	—	1	1	Il caso di prolasso fu operato nel 1865 all'ospedale di Fano e nel 1872 la operata godeva ancora ottima salute con 79 anni. — Il caso di cancro visse 3 anni per recidivare allo stomaco; esso fu operato nel 1879 all'ospedale di Forlì.
3	—	3	—	1 operata nel 1888 per epitelioma del collo è guarita e vive in salute. — Delle altre 2 non è dato l'esito.
9	1	9	1	Il decesso riguarda un'operata 2 anni prima di ovaro-salpingite alla Tait in conseguenza di peritonite da perforazione intestinale all'undicesimo giorno; utero fibromiomatoso con gravi emorragie.
27	1	27	1	Comunicazione del dott. Pennino aiuto alla clinica Ostetrico-ginecologica del Chiarleoni in Catania. Metodo Olshausen. — Il decesso fu per peritonite settica in un caso di cancro.
4	2	1	5	2 operate di cancro soccombettero per peritonite e collasso dopo l'operazione. — 2 sei mesi dopo; 1 tre anni dopo per recidiva.
12	—	12	—	Dalla statistica Spinelli nelle aggiunte alla traduzione del trattato del Pozzi, pag. 385.
371	29	344	56	

COGNOME E NOME DEGLI OPERATORI	MALATTIE DETERMINANTI L'ATTO OPERATIVO						TOTALE OPERAZIONI
	Cancro	Malattie degli annessi	Metriti croniche	Fibromiomi dell'utero	Prolassi gravi dell'utero	Gravi nevropatie	
Riporto	213	63	32	60	25	7	400
DURANTE di *Roma*	52	—	—	—	1	—	53
FEDERIGHI-SABATINO di *Pisa* .	—	—	—	—	2	—	2
FRANZOLINI FERD., Osp. di *Udine*	3	—	—	1	—	—	4
FRASCANI VITTORIO, aiuto alla Clinica del Minati in *Pisa* . . .	1	4	—	2	1	—	8
FRATTINA di *Pordenone*	14	—	1	—	—	—	15
GUALA di *Valenza*	2	—	—	—	—	—	2
INVERARDI di *Padova*	30	29	18	17	8	4	106
MANGIAGALLI di *Milano* . . .	76	10	—	8	16	—	110
MEREU ARMANDO di *Cagliari* . .	3	—	—	—	1	—	4
A riportarsi	394	106	51	88	54	11	704

ESITO DELLE OPERAZIONI				OSSERVAZIONI
PROSSIMO		REMOTO		
Guarite	Morte	Guarite	Morte	
371	29	344	56	
52	1	10	43	Dal *Policlinico* di Roma, pag. 145, fasc. 15 marzo 1894 e comunicaz. prof. Curàtulo 9 maggio. — Delle 50 operate di cancro, 43 erano morte 2 anni dopo per recidiva!
2	—	2	—	Operate col metodo Martin di cui una dal dottor Paolo Riso assistente dei RR. spedali. (Comunicazione epistolare).
4	—	3	1	1 operata nel 1890 non ebbe recidiva benchè si trattasse di epitelioma del collo diffuso alla cavità. — In altra per diffusione fu aperta la vescica e morì 6 mesi dopo per marasmo.
7	1	7	1	Il decesso riguarda un'operata di ovaro-salpingite. Uno dei 4 casi operati per lesioni degli annessi con guarigione appartiene al dott. Goria assistente del Minati.
14	1	10	5	Le due prime operate di cancro in gennaio ed aprile 1883 godono tuttora ottima salute; 2 altre operate di cancro nel 1886 e 1887 sono pure in salute. (Comunicazione epistolare Franzolini, 18 aprile 1894).
2	—	—	2	Operate nell'Ospedale di Valenza nel 1887 e gentilmente comunicatemi dal dott. Valerani di Casale. — Le recidive avvennero dopo un anno.
104	2	96	10	Dei 30 casi indicati nella categoria cancro sono compresi 7 casi di adenomi del collo e del corpo; I decessi prossimi avvennero in un caso di fibromioma ed in uno di ovaro-salpingite.
102	8	102	8	Operate nel quinquennio 1889-93: 5 morte per carcinoma dopo l'operazione. 1 morta, operata di prolasso, per meningite. 2 morte per lesioni degli annessi.
4	—	2	2	Dalla *Rassegna d'ostetricia e ginecologia*, 15 aprile 1894, pag. 143.
662	42	576	128	

COGNOME E NOME DEGLI OPERATORI	MALATTIE DETERMINANTI L'ATTO OPERATIVO						TOTALE OPERAZIONI
	Cancro	Malattie degli annessi	Metriti croniche	Fibromiomi dell'utero	Prolassi gravi dell'utero	Gravi nevropatie	
Riporto	394	106	51	88	54	11	704
MORISANI di *Napoli*	9	—	1	—	—	—	10
NOVARO G. F. di *Bologna* . . .	44	—	1	3	2	1	51
PARONA di *Novara*	4	1	2	3	2	—	12
PERUZZI di *Bologna*	3	—	—	—	—	—	3
PESTALOZZA di *Firenze*	5	—	—	3	—	—	8
ROMITI di *Pisa*	1	—	—	—	5	—	6
ROTH di *Sassari*	4	—	—	—	—	—	4
RUGGI GIUSEPPE di *Bologna* . .	38	66	28	20	3	5	160
A riportarsi	502	173	83	117	66	17	958

ESITO DELLE OPERAZIONI				OSSERVAZIONI
PROSSIMO		REMOTO		
Guarite	Morte	Guarite	Morte	
662	42	576	128	
9	1	9	1	Operate dal 1891 al 1893. — Il decesso avvenne in operata di cancro per emorragia secondaria. (Comunicazione 26 febbraio 1894).
39	12	39	12	Le operazioni del Novaro vanno distinte in 2 serie. La 1ª dal 1881 al 1883 all'Ospedale di S. Giovanni riguarda casi ed atti operativi gravi, fra i primi e non ancora rigorosamente cautelati dal metodo antisettico, per cui la mortalità è molto alta. Nella 2ª serie sopra 17 operate ebbe 17 guarigioni.
12	—	11	1	La recidiva avvenne in caso di cancro. — 1 era stata prima operata col metodo L. Tait. — In un caso venne esportata una grossa cisti complicante la malattia.
1	2	—	3	Trattasi di 3 casi gravi di epitelioma molto avanzato. 1 morì di setticemia, 1 di emorragia e la 3ª per riproduzione dopo due mesi. Isterectomia compiuta molti anni passati.
8	—	6	2	2 delle affezioni cancerose con recidiva entro due anni. 1 dei fibromi fu estratto per frazionamento dopo cui si riprodusse cistocele guarito colla colporafia mediana.
6	—	6	—	1 degli atti operativi fu eseguito dal dott. Riso, assistente alla clinica. — Il caso di cancro primitivo del corpo è tuttora guarito 18 mesi dopo.
4	—	2	2	1 morì dopo 2 mesi per polmonite acuta. — 1 dopo 8 mesi per tifo. — 2 vivono tuttora sane benchè operate una da 10 anni e l'altra da 9.
156	4	156	4	Operate dal 1885 al 1894. — Accaddero 2 volte lesioni della vescica. Delle 4 morte, 1 operata di cancro, 1 di fibroma, 1 di lesione degli annessi, ed 1 di tetano in 6ª giornata.
897	61	805	153	

COGNOME e NOME degli OPERATORI	MALATTIE determinanti l'atto operativo: Cancro	Malattie degli annessi	Metriti croniche	Fibromiomi dell'utero	Prolassi gravi dell'utero	Gravi nervopatie	Totale operazioni
Riporto	502	173	83	117	66	17	958
SALIO Michele di *Alessandria* .	1	—	—	—	—	—	1
SOPERNO di *Pontedera*	1	5	2	5	—	1	14
TIBONE di *Torino*	5	1	1	—	4	—	11
TRICOMI di *Padova*	22	—	—	—	—	—	22
TRUZZI E. di *Novara*	4	2	1	1	—	1	9
VALERANI F. di *Casalmonferrato*	3	—	—	—	—	—	3
VECELLI Antonio, Osp. civile di *Venezia*	13	—	—	—	—	—	13
ZAMBONI Ferd. di *Conegliano Veneto*	2	—	—	2	—	—	4
Totale	553	181	87	125	70	19	1035

ESITO DELLE OPERAZIONI				OSSERVAZIONI
PROSSIMO		REMOTO		
Guarite	Morte	Guarite	Morte	
897	61	805	153	
1	—	—	1	Operata col metodo Müller a sezione mediana; riproduzione del neoplasma 6 mesi dopo e morta 9 mesi dopo.
14	—	14	—	Metodo Martin. — In un caso seguì piccola fistola urinaria che si chiuse spontanea. Tutte ebbero esito felice, compreso quello della grave nevrosi guarita del tutto un anno dopo.
10	1	9	2	Il caso di morte riguarda la donna affetta di ovaro-salpingite doppia. Delle affezioni maligne due godono buona salute benchè operate da 3 anni.
22	—	22	—	Riportato dal quadro statistico pubblicato a pagina 385 della traduzione Pozzi ed annotato dallo Spinelli di Napoli.
9	—	9	—	1 dei 2 casi di operazione per lesione degli annessi riguarda donna affetta da osteomalacia già operata di castrazione. — Finora nessuna recidiva delle operate di cancro, benchè una rimonti al 1891.
3	—	—	3	2 delle operate di cancro recidivarono 2 anni dopo; 1 sei mesi dopo. — 1 fu operata nel 1887 e 2 nel 1888.
9	4	8	5	1 delle operate nel 1888 vive e gode buona salute. — Dei decessi, 1 avvenne per peritonite, 1 per collasso, 1 per gangrena ed 1 senza indicazione. (Lettera 18 aprile 1894).
4	—	2	2	Operate nel quinquennio. — I due decessi tardivi riguardano i casi di cancri; 1 si riprodusse dopo 5 mesi e l'altro dopo un anno. (Comunicazione epistolare 26 aprile 1894).
969	66	869	166	

APPENDICE

MOVIMENTO STATISTICO GENERALE

DELLE OPERAZIONI ESEGUITE

NELL' OSPEDALE MARIA VITTORIA

DAI MEDICI PRIMARI

DOTTORI G. BERRUTI E L. BERGESIO

nelle due Sezioni di Ginecologia

durante il sessennio 1888-1893.

OPERAZIONI MINORI DI GINECOLOGIA

	NUMERO delle OPERAZIONI	ESITO	
		GUARITE	MORTE
Raschiamento per endometriti di varia natura	240	240	—
Raschiamento per resti placentari	34	34	—
Raschiamento per neoplasie maligne (1) . . .	81	migliorate	—
Dilatazioni e isterectomie per stenosi cervicale	69	69	—
Amputazioni conoidi e coniche del collo per metrite cervicale iperplasica (2)	62	61	1
Amputazioni alte del collo per epitelioma circoscritto	8	7	1
Esportazioni di polipi del collo dell'utero .	16	16	—
Spaccature di ascessi periuterini dai fornici .	2	2	—
Colporafie anteriori e posteriori; perineorafie	50	50	—
Operazioni di Alexander	20	20	—
Fistole vescico-vaginali	2	2	—
Fistola vagino-rettale	1	1	—
Amputazione mammelle con svuotamento del cavo ascellare	5	5	—
Svuotamenti di cavo ascellare per esportazione di nodi recidivi	2	2	—
Spaccatura di mastiti suppurate	2	2	—
Esportazioni tumori mammarii	3	3	—
Aperture di ascessi pelvici dal ventre, extraperitoneali (3)	3	2	1
Esportazioni epitelioma primitivo della vagina	2	2	—
TOTALE . . .	602	599	3

(1) Di queste 81 inoperabili radicalmente, 2 soccombettero per marasmo da infezione generale.
(2) Una caduta accidentale ha determinata la peritonite fatale.
(3) Entrata con febbre altissima e moribonda.

LAPAROTOMIE

	NUMERO delle OPERAZIONI	ESITO	
		GUARITE	MORTE
Salpingoovariectomie normali (Hegar-Battey) .	10	8	2
Salpingoovariectomie patologiche (Lawson Tait)	38	32	6
Amputazioni sopravaginali dell'utero	16	13	3
Ovariectomie per cistomi ovarici	14	14	—
Per cisti intraligamentose	5	4	1
Gastroisteropexis per retrodeviazione uterina irriducibile	6	6	—
Miomotomie	2	2	—
Peritoniti tubercolari	1	1	—
Ascessi pelvici	5	4	1
Sventramento	3	3	—
Neoplasmi maligni del peritoneo	1	1	—
Laparotomie esplorative	4	4	—
Isterectomie totali addominali (Freund) in condizioni gravissime	3	1	2
TOTALE . . .	108	93	15

ISTERECTOMIE VAGINALI

	NUMERO delle OPERAZIONI	ESITO	
		GUARITE	MORTE
Per carcinoma uterino (1)	12	11	1
Isterectomie per fibromiomi	6	6	—
Per metriti croniche metrorragiche (2) . . .	7	6	1
Per lesione degli annessi	8	7	1
Per prolasso di terzo grado	5	5	—
Per nevropatie gravi	2	2	—
TOTALE . . .	40	37	3

(1) Indipendentemente dall'atto operativo, al 12° giorno in conseguenza di enterite infettiva e verminazione, soccombette marasmatica.
(2) Soccombette al 12° giorno per entero-colite e verminazione (da disturbi gastrici) in periodo di infezione coleriforme dominante.

OPERAZIONI MINORI DI GINECOLOGIA

	NUMERO delle OPERAZIONI	ESITO	
		GUARITE	MORTE
Distruzione sinfisi vulvo-vaginali	3	3	—
Esportazioni cisti ghiandola Bartolini	5	5	—
Colpo-perineoplastiche (Hegar-Martin) . . .	45	45	—
Chiusura della vagina (processo Neugëbaer-Lefort)	8	8	—
Fistole vescico-vaginali (1)	3	1 1 non riuscì	1
Fistole vagino-rettali	1	1	—
Apertura ascessi periuterini per *vaginam* . .	5	5	—
Ignipuntura della cervice	11	11	—
Isterotomatomie per stenosi	39	39	—
Operazioni Emmet	7	7	—
Amputazioni parziali della cervice	32	32	—
Amputazioni totali della cervice (2).	52	5	1
Raschiamenti del cavo uterino per endometrite	200	199	1
Raschiamenti del cavo uterino per resti placentari	26	26	—
Raschiamenti del collo e cavo per neoplasie maligne (3)	64	migliorate	—
Miomectomie dalla vagina	22	22	—
Puntura e svotamento raccolte pelviche dai fornici vaginali	—	—	—
Apertura esterna di ascessi pelvici (incisione Bardenhauer)	4	4	—
Operazioni Alexander	15	15	—
Amputazioni mammelle con svotamento ascellare	3	3	—
Isterectomie vaginali per inversione uterina .	2	2	—
TOTALE . . .	537	534	3

(1) Morta per uremia acutissima prima di poter eseguire l'operazione.
(2) Morta 21 giorni dopo di peritonite da strozzamento intestinale.
(3) Delle operate di raschiamento per neoplasie maligne nelle quali la cura radicale non è più possibile, si ottiene un miglioramento notevole arrestando i progressi del male, benchè nessuna lasci speranza di guarigione all'uscita dell'Ospedale. Una delle 64 soccombette per marasmo da diffusione del cancro.

LAPAROTOMIE

	NUMERO delle OPERAZIONI	ESITO	
		GUARITE	MORTE
Amputazioni sopravaginali per fibromi . . .	25	16	9
Isteropexis (processo Koberlé-Leopold-Czerny) per retroversione irriducibile	5	5	—
Castrazioni per tumori o disturbi nervosi . .	7	6	1
Castrazioni con isteropexis per retroversione uterina	3	3	—
Operazione del Freund	1	—	1
Salpingo-ovariti (operazione Tait per salpingiti proliferanti od idro-salpingi)	16	16	—
Salpingo con isteropexis per concomitanza di retrodeviazione dell'utero aderente . . .	7	7	—
Tumori emato-pio-salpingo ovarici trattati col drenaggio	13	11	2
Tumori emato-pio-salpingo ovarici coll'esportazione delle sacche	23	15	8
Ovariectomia per cistomi ovarici	16	16	—
Peritoniti tubercolari o purulente	4	3	1
Per distruzione di aderenze	4	4	—
A scopo diagnostico	2	1	1
TOTALE . . .	126	103	23

ISTERECTOMIE VAGINALI

	NUMERO delle OPERAZIONI	ESITO	
		GUARITE	MORTE
Per tumori maligni dell'utero	7	5	2
Per tumori benigni dell'utero	9	9	—
Per lesione degli annessi (1)	9	8	1
Per prolassi completi dell'utero (2)	8	7	1
Metriti croniche (degenerazione fibrosa, dolore e metrorragie ribelli)	7	7	—
TOTALE . . .	40	36	4

(1) L'operata è morta in 15ª giornata in seguito a polmonite.
(2) Il decesso avvenne in 10° giorno per cardiopatia organica.

Riassunto Generale delle due

OPERAZIONI MINORI DI GINECOLOGIA

	Num. delle operazioni	ESITO	
		Guarite	Morte
Raschiamenti per endometriti	440	439	1
» per resti placentari	60	60	
» per neoplasie maligne	145	miglior.	
Isterotomatomie per stenosi	108	108	
Amputazioni parziali e totali della cervice	146	144	2
Amputazioni sopravaginali per epiteliomi	8	7	1
Esportazione di polipi cervico-uterini	38	38	
Apertura di ascessi periuterini per *vaginam*	7	7	
Svotamento di ascessi col taglio Bardenhauer	8	8	1
Colpo-perineoplastia (Hegar-Martin)	95	95	
Chiusura della vagina (Neugebauer-Lefort)	8	8	
Fistole vescico-vaginali	5	4	1
Fistole vagino-rettali	2	2	
Operazioni Emmet	7	7	
Operazione Alexander	35	35	
Esportazione di epiteliomi primitivi vaginali	2	2	
Distruzione sinfisi vulvo-vaginali	3	3	
Esportazione cisti ghiandola Bartolini	5	5	
Isterectomie vaginali per inversione uterina	2	2	
Esportazione adenomi della mammella	4	4	
Amputazione della mammella con svotamento del cavo ascellare	10	10	
TOTALE	1138	1132	6

Avvertenza. — In questo riassunto complessivo come nei due relativi a ciascuna Sezione sono riportati esclusivamente gli atti operativi eseguiti dai due attuali Direttori delle Sezioni. L'operato del Prof. NOVARO e degli assistenti interni in quel primo periodo venne già in antecedenti pubblicazioni fatto conoscere. — Nelle operazioni minori di ginecologia gli aiuti esterni ed interni spesse volte furono incaricati di sostituire i primarii.

Sezioni riunite (Berruti-Bergesio).

LAPAROTOMIE

	Num delle operazioni	ESITO	
		Guarite	Morte
Ovariotomie per cistomi ovarici	30	30	
Ovariotomie per cisti intraligamentose	5	4	1
Isteropexis (Köberlé Leopold, Czerny) per retrodeviazioni dell'utero fisse	11	11	
Amputazioni sopravaginali dell'utero per tumori benigni e maligni	41	29	12
Salpingo-ovariectomie normali (Hegar-Battey)	17	14	3
Salpingo-ovariectomie patologiche (Lawson Tait)	97	81	16
Castrazione ed isteropexis per retroversione irriducibile dell'utero	3	3	
Miomotomie	2	2	
Laparotomia per peritoniti tubercolari e purulente	5	4	1
» per ascessi pelvici	5	4	1
» per sventramento grave	3	3	
» per neoplasmi maligni del peritoneo	1	1	
» per distruzione di aderenze	4	4	
» a scopo diagnostico	6	5	1
Isterectomie totali (Freund) in condizioni gravissime per tumori benigni e maligni dell'utero	4	1	3
TOTALE	234	196	38

ISTERECTOMIE VAGINALI

	Num delle operazioni	Guarite	Morte
Per tumori maligni dell'utero	19	16	3
Per tumori benigni dell'utero	15	15	
Per lesioni gravi degli annessi	17	15	2
Per prolassi di terzo grado e retrodeviazioni fisse	13	12	1
Per metriti croniche, metrorragie, ecc.	14	13	1
Per nevropatie gravi riflesse	2	2	
TOTALE	80	73	7 (1)

(1) Come fu accennato nelle statistiche individuali, delle 7 morte sopra 80 operate, 4 non stanno a carico dell'operazione, ma di malattie accidentali.

INDICE

ALTRE PUBBLICAZIONI DELL'AUTORE

Prelezioni di ginecologia e pediatria:

Sulla patologia muliebre ed infantile in Italia (1872).
Sul cancro dell'utero (1873).
Dei segni sensibili nella diagnosi delle malattie infantili (1874).
La sterilità in rapporto alla moderna terapia (1875).
La terapeutica infantile (1876).
Gli errori di diagnosi e di cura nelle malattie delle donne (1877).
Le nevralgie simpatiche nella patologia dell'utero (1878).
Valore della ginecologia nel secolo XIX (1888).
La ginecologia, scienza ed arte (1889).

Argomenti di ostetricia:

Su due casi d'operazione cesarea.
James Young Simpson e suoi lavori.
Sguardo retrospettivo sulla pratica dei parti nella clinica ostetrica di Torino.
Eclampsia delle donne gravide e partorienti.
Sulla craniotomia e sfenotrissia.
Cinque casi di gravissima distocia pelvica.
Sulle memorie ostetriche del prof. Rizzoli.
Vizio pelvico gravissimo alla clinica ostetrica di Torino.
Sul servizio ostetrico di beneficenza di Torino.
Di un nuovo strumento in ostetricia, il craniotomo-trapanatore.
Osservazioni pratiche di ostetricia.
La craniotomia nella pratica ostetrica. Memoria al concorso dì aggregazione.
Un triennio di clinica ostetrica alla maternità di Torino.
Un nuovo caso di istero-ovariotomia cesarea.
Osservazione di amputazione utero-ovarica.
Contributo allo studio della istero-ovariotomia cesarea.

Argomenti di ginecologia e pediatria:

Estasi erotica sugli albori della pubertà.
Osservazioni pratiche di ginecologia.
Contributo allo studio della endoscopia uterina.
Estirpazione totale dell'utero col processo di Bardenhauer.
Importanza degli studi ginecologici in Italia.
Sulla isterectomia vaginale.
Riviste di ginecologia.
Accusa di infanticidio, relazione di perizia.
La scrofola e gli ospizi marini; lettura ai Torinesi per fondare un Ospizio Marino Piemontese.
L'igiene dei neonati.
Sulla trasfusione del sangue pecorino.
Relazioni cliniche sui risultati delle cure all'Ospizio Marino Piemontese dal 1871 al 1886.

Progetto di fondazione di un ospedale per le malattie delle donne e dei bambini (1879).
Una passeggiata medico-ginecologica a Parigi, Basilea, Strasbourg, Heidelberg, Baden e Freiburg (1888).
La galvano-caustica chimica dell'Apostoli nella cura delle malattie dell'utero ed annessi.
Sulla operazione d'Alexander negli spostamenti dell'utero. Comunicazione alla R. Accademia Medica.
I primi trenta mesi di clinica ginecologica e pediatrica all'Ospedale Maria Vittoria.
Una visita ginecologica alle scuole di Tübingen, Stuttgart, Würzburg, Jena, Leipzig, Halle, Berlino, Dresda, Praga, Vienna, Monaco, Innsbruck (1890).

Varia:

Formulario terapeutico ragionato. Quattro edizioni.
Aforismi e proverbi.
Cura della gotta secondo gli studi recenti.
Influenze morali del medico.
La guerra e la convenzione di Ginevra.
Gli orrori della guerra.
Rivista dell'opera internazionale di soccorso ai feriti.
I medici condotti e la medicina pratica in Italia.
Il Codice sanitario e la tariffa sugli onorari.
Caos ed anarchia medico-legislativa.
Una gita in Italia ed all'estero.
Punctum ultimum moriens.
Il V Congresso medico italiano.
L'Associazione medica ed i Congressi generali.
Sul progetto Baccelli per l'ordinamento degli studi in Italia.
Reminiscenze di un medico condotto.
Inaugurazione dell'ospizio marino in Loano; discorsi.
Sulla medicina empirica.
Sugli onorari medici.
Sul nuovo Codice sanitario.
I medici condotti ed i Comuni.
Progetto di un circolo medico.
Il Congresso medico di Forlì.
Degli arbitrii municipali.
Posizione morale del medico.
Progetto di cassa-pensione pei medici.
Sguardo bibliografico sopra recenti pubblicazioni.
Sul collegio pei figli orfani e poveri dei medici italiani.
Sul riordinamento delle cliniche italiane.
Gazzetta Medica di Torino, periodico fondato nel 1871; raccolta dal 1871 al 1890.
L'ospedale Maria Vittoria in Torino.
Rapporti sanitari nell'Ospizio marino piemontese dal 1871 al 1885.
Primo rapporto annuale sanitario nell'ospedale Maria Vittoria in Torino nel 1888.
Secondo, terzo, quarto, quinto e sesto rapporto dell'ospedale Maria Vittoria negli anni 1889-90-91-92-93.
Al Congresso medico internazionale di Berlino, note, 1890.